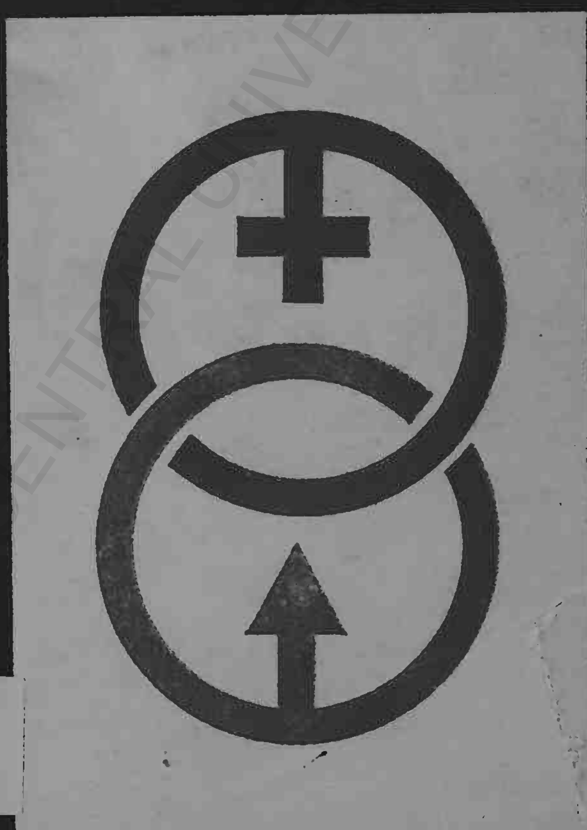
I. VINȚI C. PASCU

ADOLESCENȚA ȘI SEXUALITATEA



E[illegible]URA MEDICALĂ

DR. IOAN VINȚI
Prof. univ. consultant

DR. CORNEL PASCU
Medic primar

ADOLESCENȚA ȘI SEXUALITATEA

EDITURA MEDICALĂ
BUCUREȘTI • 1983

COPERTA DE
Jean Udrescu

CUPRINS

Dedicăm această carte
tuturor tinerilor
patriei noastre

Introducere

Psihologi, sociologi, pedagogi, medici, au investigat din multiple puncte de vedere adolescența, etapa cea mai controversată a vîrstei umane. Diversitatea opiniilor, precum și caracterul contradictoriu al afirmațiilor impune necesitatea abordării interdisciplinare a problemelor complexe ale adolescenței.

Adolescența reprezintă o punte de trecere spre integrarea individului în lumea adulților, un pas spre maturizare. Viața contemporană cu multiplele ei solicitări de natură social-politică, profesională, familială, determină un drum cu posibile sinuozități și numeroase căutări.

Perioadele anterioare sînt puternic marcate de relații de tutelare din partea familiei și școlii.

Dobîndirea treptată a unor responsabilități imprimă valențe noi statutului social al adolescentului. Dezvoltarea psihică a tînărului evoluează spre intelectualizare, determinînd posibilități de exprimare a independenței.

Trăsăturile esențiale ale personalității dobîndesc stabilitate. Se conturează concepția despre lume și viață, se structurează idealurile, se dezvoltă complexe atitudinale, determinînd orientarea aspirațiilor, precizarea opțiunilor profesionale.

Procesul de integrare socială presupune cunoașterea și autocunoașterea tînărului, ancorarea solidă a acestuia în realitățile lumii contemporane. Posibilitățile de inserție în generația actuală se realizează prin exprimarea atît a propriei identități cît și a identității față de adult. Adolescentul adoptă conduite noi, tinzînd spre un echilibru între aspirații și necesitățile sociale. Se intensifică preocuparea pentru identificarea resurselor personale, autocunoașterea fiind concretizată prin raportarea la colegi sau la adulți. Drumul sinuos al dobîndirii autonomiei sociale se conturează treptat sub impulsul detașării de sub tutela familiei, a școlii.

Totalitatea modificărilor din perioada adolescenței sînt grefate pe dezvoltarea conștiinței de sine, cuprinzînd aspecte complexe ale identificării imaginii corporale, ale clarificării rolului și statutului sexual și social.

Societatea contemporană prin idealul educațional care și-l propune solicită o reconsiderare a problemelor educației sexuale, pentru care tinerii să fie pregătiți să se adapteze fără dificultăți la relațiile cu sexul opus.

Cercetările medico-psihologice confirmă fenomenul de accelerație în maturizarea biologică a tinerei generații. Structura psihofiziologică a tînărului este încă fragilă. Se manifestă evident erotismul, cu tendințe de inhibare și dominare voluntară. Conduita sexuală, deși inhibată de neliniști, traversează drumul spre înțelegerea responsabilității sociale. Comportamentul sexual favorizează crearea intimităților, uneori finalizate cu normalizarea vieții sexuale prin căsătorie.

Educația sexuală tinde la structurarea unui comportament, a unor convingeri derivate din normele și principiile moralei comuniste.

Pentru instruirea adolescenților este necesară colaborarea echipelor de medici, psihologi pedagogi, sociologi, activiști ai organizațiilor de tineret și, bineînțeles, a părinților.

Cunoașterea problemelor speciale ale relațiilor sexuale poate fi o premiză a răspunderii reciproce a partenerilor în menținerea echilibrului familial.

Fiecare adolescent trebuie să conștientizeze faptul că, întemeind o familie, va deveni părinte, fiind necesară respectarea unor norme și îndatoriri față de partener sau copii.

Pregătirea adolescenților pentru întîlnirea cu sexul opus are o importanță socială deosebită prin valențele preventive în sfera delincvenței.

Abordarea interdisciplinară a problematicii educației sexuale necesită un dialog susținut al factorilor implicați în actul educațional, pentru stabilirea soluțiilor optime de influențare a drumului spre familie a adolescentului.

Problemele complexe ale dragostei și ale căsătoriei intervin insistent în domeniul vieții sociale. Echilibrul psiho-social este determinat de cel emoțional și de aceea tinerilor trebuie să li se ofere condiții pentru abordarea vieții sexuale în concordanță cu sistemul de valori ale societății socialiste.

Lucrarea de față se adresează unui public larg. Tineretul este incitat la cunoașterea de sine. Educatorii sînt solicitați la inserția mai evidentă a problematicii educației sexuale în contextul instructiv-educativ al școlii.

Factorii mass-media sînt chemați să vină în întîmpinarea dorinței de autocunoaștere a tinerilor.

Educația sexuală a tineretului

Urmînd după pubertate, perioadă cu multiple perturbări, adolescența apare ca o perioadă mai liniștită, cînd tînărul își găsește un echilibru, își cîștigă o înfățișare definitivă somatică și se integrează din ce în ce mai mult în cadrul și sensul social.

Fiziologic, perioada post-puberală, adolescența, pune în stare de funcțiune aparatul de reproducere, care aduce pentru subiecți, pe lîngă modificările somatice și o serie de modificări psihice.

Problemele legate de reproducere sînt tratate de mulți cu nesiguranță și uneori chiar cu ignoranță.

Trebuie să pornim de la constatarea că discuțiile despre sexe și sexualitate nu se confundă cu imoralitatea. Noi trebuie să mai reținem că dacă instinctul alimentar și funcțiunea de nutriție ocupă primul loc în fiziologia organismelor animale, funcțiunea de reproducere este pe al doilea plan.

Problemele în legătură cu funcțiunea de reproducere formează o disciplină, „Sexologia", disciplină ce studiază :

— Elemente de biologie ca : diferențierea sexelor, ovogeneza, spermatogeneza, fecundația, embriogeneza, morfologia sexelor, endocrinologia genitală.

— Noțiuni de fiziologie și psihologie sexuală.

— Noțiuni de patologie a sexualității și de profilaxie.

— Noțiuni de pedagogie și educație sexuală.

Omul se preocupă, în ultimul timp, din ce în ce mai mult de diferite specii de animale, de îmbunătățirea raselor și de mărirea capacității vitale a descendenților.

În ceea ce privește semenii noștri, sub unele aspecte, ca : aparatul de reproducere, funcțiunea de reproducere, tot ce depinde de sexe și sexualitate, ne interesează foarte puțin. Familia evită aceste aspecte, școala nu se apropie de ele decît disparat, învățămîntul superior se dezinteresează de ele, excepție făcînd specialitățile de bio-

logie. Există ţări, în care la universităţi se predau lecţii de sexologie, fără îndoială folositoare.

În majoritatea ţărilor însă, autorităţile se mulţumesc să constate stările patologice, delictele în legătură cu sexualitatea, prevăd sancţiuni administrative şi penale, uitînd că aşa-zisele „manifestări animalice" ale omului trebuie canalizate printr-o bună cunoaştere şi o corectă educaţie.

Tînărul, înainte şi după pubertate, trebuie să fie urmărit şi sfătuit de familie, educatori şi medici, uniţi în concepţie, metode şi scop.

Declanşarea precoce a sexualităţii şi reproducerii aduce tînărului o sumă de primejdii, pe care trebuie să fie sfătuit să le evite. Nu trebuie să ne apropiem de aceste probleme cu o falsă pudoare sau cu ruşinarea făţarnică a unora, dar nici să nu lăsăm ca fiecare să înveţe din proprie experienţă. A lăsa pe fiecare să înveţe din proprie experienţă, aşa cum afirmă unii, înseamnă a mări numărul venerienilor, a celor cu deviaţii sexuale şi a tulbura prin aceasta de multe ori calitatea cît şi cantitatea descendenţilor. A lăsa la voia întîmplării aceste probleme, înseamnă că se poate ajunge la o treptată decădere a tineretului, decădere fizică şi morală, care se va reflecta în mod sigur asupra descendenţilor. Există mulţi autori care apreciază că deviaţiile sexualităţii ca masturbaţia (onania) sînt o crimă împotriva speciei (Burdach).

Bazele unei educaţii sexuale raţionale se vor forma încă în cea mai fragedă copilărie, părînd ciudat, la prima vedere ca să educăm, spre exemplu, un copil de trei ani în privinţa sexualităţii. Dar copiii vor observa diferite fenomene legate de aceste probleme şi vor pune întrebări în legătură cu ele. Desigur că ei aşteaptă un răspuns pe înţelesul lor, dar în acelaşi timp legat de realitate.

La vîrsta de un an şi jumătate pînă la trei ani, copilul începe să descopere lumea. Este vîrsta întrebărilor „ce este asta", „de ce", „cum" etc. Aceasta este perioada în care îşi vor da seama că există sexe diferite. Copilul va trebui educat în sensul unei solidarităţi faţă de sexul său şi a respectului faţă de sexul opus. Deosebirile anatomice dintre sexe le va cunoaşte văzînd copii de vîrsta sa dezbrăcaţi. Desigur îi va părea ciudat unui băiat, de ce o fată arată altfel. Un răspuns simplu îl va mulţumi : părinţii îi vor explica că sînt două feluri de oameni, care se deosebesc tocmai prin semnele pe care le-a observat. Astfel se adaugă un fapt nou la multitudinea de impresii care îi parvin zilnic, fără ca copilul să se gîndească la ceva necurat.

La un moment dat copilul va avea ocazia să vadă un adult dezbrăcat. Poate se va mira de caracterele sexuale secundare, punînd întrebări în legătură cu acestea. I se va atrage atenţia că, aşa cum

adultul se deosebeşte de copil prin înălţimea corpului, aşa se deosebeşte şi prin alte semne din exteriorul acestuia ; că el va creşte şi va arăta la fel.

Situaţiile enunţate mai sus sînt doar unele în care pot fi puşi părinţii în legătură cu problemele sexuale ale copiilor lor. Ca şi în orice alt domeniu, copilul poate ridica întrebări ciudate, ieşite din comun, neprevizibile încît, în primul moment, va fi greu de găsit răspunsul cel mai potrivit. Indicat va fi întotdeauna să se dea explicaţii simple, cît mai apropiate de adevăr.

Una din cele mai mari greşeli care poate fi comisă, cînd copilul remarcă problemele amintite mai sus, este de a-l certa, de a i se spune că ar fi ruşinos să le remarce şi să vorbească despre ele. Atunci copilului acestea îi vor părea suspecte şi va căuta să culeagă informaţii din altă parte (de exemplu, de la copiii mai mari), putîndu-le obţine într-o formă care nu va conveni părinţilor, nemaivorbind de faptul că încrederea copilului în părinţii săi va fi tulburată.

Copilul va remarca schimbările ce se petrec cu o femeie gravidă. Va trăi de asemenea apariţia în familie a unui frăţior. S-ar putea ca povestea cu barza să-i liniştească pentru moment curiozitatea, însă nu se va mulţumi cu această explicaţie. I se va explica, că un copil creşte în abdomenul mamei, că şi el şi-a început viaţa în acelaşi fel.

În perioada de vîrstă pînă la 6—8 ani, avem o fază neutrală, fază în care pentru copil nu se pun sub nici o formă probleme legate de sex şi sexualitate. În această perioadă, organele genitale se dezvoltă în măsura în care se dezvoltă organismul. Copilul, în această perioadă, nu simte nici un fel de impuls în sensul instinctului sexual şi nu se pun în această perioadă probleme legate de „educaţia sexuală", afară de problemele de igienă genitală.

Pe măsură ce creşte copilul, explicaţiile pot deveni tot mai ample, dar întotdeauna pe înţelesul lui. Aşa cum copilului nu i se va ţine o prelegere de botanică atunci cînd întreabă de o floare, tot aşa nu i se va ţine un discurs despre sexualitate cînd pune întrebări în legătură cu aceasta.

Copilul va urmări, probabil, diferite animale, înmulţirea lor, comportarea lor. Aceasta constituie un prilej pentru a-i da diferite explicaţii în legătură cu înmulţirea sexuată. Noţiunile teoretice le va primi la şcoală la orele de ştiinţe naturale. Şi de această dată se pot face paralele între cele învăţate la şcoală şi viaţa sexuală a omului.

În preajma pubertăţii, la 10—12 ani, copiii au deja cîteva noţiuni despre sexe, diferenţele dintre acestea, înmulţirea sexuată. De-abia la această vîrstă va începe educaţia sexuală propriu-zisă. Băiatului i se va arăta că în curînd se vor produce unele modificări

ale corpului său ca: apariția pilozității pubiene, axilare, la nivelul feței, îngroșarea vocii etc. Va avea erecții spontane ale penisului, cu ejaculări nocturne, care nu trebuie să constituie motiv de agitare. El va intra în perioada care îl va schimba în adult. Unei fetițe i se vor da indicațiile legate de apariția primei menstruații și a caracterelor sexuale secundare (sînii, păr pubian și subaxilar). Se va pune accent deosebit pe necesitatea igienei corporale.

Din punctul de vedere al funcțiunii aparatului genital și al vieții sexuale, această fază este faza nediferențiată.

Este faza care urmează vîrstei de 6—8 ani și durează pînă la vîrsta de 12—14 ani, cînd se produce pubertatea. În perioada aceasta poate apărea instinctul sexual sub forma nediferențiată, neprecisă, de obicei ca un erotism vag. Acest erotism din faza nediferențiată nu se adresează, de cele mai multe ori, unei persoane, ci se manifestă ca o tendință către un ideal absolut, pentru că nu are încă un contur precis. Încă în perioada aceasta, pe măsură ce dezvoltarea somatică și psihică a copilului se produce, erotismul lui nu mai este vag, nu mai tinde spre un ideal, ci spre o persoană spre care este atras. În această perioadă copilul știe cîte ceva despre viața sexuală, despre nașterea copilului, dar în mod vag și neprecis.

De aceea aceasta este etapa potrivită în care trebuie să începem educația sexuală propriu-zisă, căci acum apare net instinctul sexual și tendința spre sexul opus.

Poate că în familie nu trebuie să se exagereze aceste discuții și importanța lor.

În această perioadă, tinerii trebuie să fie lămuriți că esențialul nu este actul fiziologic sexual, satisfacerea pornirilor animalice din om, ci sublimarea instinctului sexual în sentimentul superior al iubirii. Vom insista deci ca iubirea să fie dezvoltată ca un sentiment puternic și profund față de femeie.

Urmînd pubertății, adolescența cuprinde multiplele procese de dezvoltare și maturare ce-l vor transforma în adult. Ea durează pînă în jurul vîrstei de 20—25 de ani, adică pînă la terminarea creșterii în lungime. Fenomenul principal al acestei perioade este maturația sexuală și, legată de aceasta, apariția propriu-zisă a problemelor sexualității.

Educația sexuală din perioada aceasta nu poate să fie separată de celelalte probleme educative și, deci, familia, educatorii și medicul sînt cei chemați să o facă.

Pentru a putea face o educație sexuală corectă în această perioadă, trebuie să avem în vedere sensul firesc al vieții.

Acest sens firesc este de a ne naşte, de a creşte, de a ne crea un cadru social şi material potrivit, de a ne reproduce şi, apoi, de a ne stinge.

Atît vieţuitoarele regnului animal, cît şi lumea vegetală ascultă de acest sens firesc.

Perioada de creştere — perioadă nediferenţiată sexual pentru om — nu pune probleme deosebite educatorilor. În perioada aceasta trebuie să fim atenţi în primul rînd la o bună dezvoltare somatică şi psihică : alimentaţie, educaţie în general, sport etc.

În această perioadă nu se pun probleme deosebite în legătură cu educaţia sexuală, ci numai măsuri de igienă genitală, măsuri care de altfel sînt foarte importante.

Apoi, după ce a trecut perioada pubertăţii şi post-puberală, sînt necesare măsurile de educaţie sexuală şi trebuie să fim mai atenţi la felul cum prezentăm aceste măsuri. Să fim convinşi noi, să-l convingem pe adolescent că firescul este acela de a pune sexualitatea în slujba reproducerii în primul rînd. La animal, sexualitatea şi reproducerea formează o singură funcţiune. La omul din societatea zisă civilizată, această funcţiune s-a transformat în două ; omul civilizat doreşte să facă sexualitate cît mai mult şi reproducere cît mai rară.

Noi trebuie să ţinem cont că omul s-a dezvoltat ca o fiinţă socială, într-o societate care are idealurile ei morale şi normele ei de convieţuire socială, din care trebuie să decurgă normele şi modul de desfăşurare a sexualităţii şi reproducerii. Adolescentul de acum, tînărul de mîine, este un membru al societăţii, un cetăţean al ţării sale, al unei societăţi care doreşte să aibă generaţii din ce în ce mai viguroase şi mai înzestrate, generaţii care să crească sănătoase din punct de vedere somatic şi psihic, generaţii care să se reproducă la timpul potrivit, asigurînd descendenţi de calitate.

Nucleul de bază al acestei societăţi în care se dezvoltă adolescentul şi tînărul care va forma generaţia viitoare, este familia. În familie poziţia şi raporturile dintre părinţi trebuie să fie cît mai realiste, fără nici o degradare sau diminuare a uneia dintre părţi, fără influenţe mistice, pentru ca adolescentul să aibă întotdeauna în faţă idealul familiei lui viitoare.

Familia se formează prin căsătorie, pe baza dragostei reciproce dintre tineri, care trebuie să înţeleagă rostul familiei. Ea trebuie să fie nucleul principal al societăţii, locul unde să se analizeze frumuseţea vieţii omeneşti, locul unde să se odihnească şi să se refacă forţele victorioase ale omului, locul unde să crească copiii, principala bucurie a vieţii.

Din aceste consideraţii trebuie să decurgă morala socială, care, din punct de vedere al educaţiei sexuale, pretinde :

— dragoste, familie şi apoi sexualitate, avînd ca scop fericirea soţilor şi sănătatea descendenţilor ;

— plăcerea, iubirea, desfăşurarea instinctului sexual să se facă în cadrul familiei.

Deci scopul educaţiei sexuale va fi educaţia iubirii sincere, a respectului faţă de persoana aleasă, pentru a întemeia familia şi apoi crearea vieţii sexuale în acest cadru.

Principiile de educaţie trebuie să decurgă din cunoaşterea treptată a rolului şi a funcţiunii de reproducere, adaptîndu-se cadrului social, moralei sociale.

Crescuţi în mijlocul unei familii cu temeinice principii morale, într-o societate care de asemenea să aibă o solidaritate morală, se va dezvolta în tînăr treptat dragostea familiară, apoi aceea faţă de semenii săi, de ţara sa, patriotismul, se vor cultiva toate pornirile frumoase ale caracterului, mai ales după 15—16 ani, perioadă în care se formează de fapt caracterul.

Deci, prepuberal tinerii să cunoască rostul şi funcţiunea organelor genitale şi apoi treptat să supraveghem dezvoltarea erotismului puberal şi post-puberal, pentru ca el să nu degenereze. În felul acesta, tinerii vor putea trece peste perioada vultuoasă post-puberală şi a adolescenţei, folosind toate facultăţile şi energia lor pentru a se desăvîrşi din punct de vedere social şi pentru a-şi crea apoi cadrul social necesar înjghebării familiei.

În cele ce urmează ne-am propus să descriem mai amplu problemele legate de anatomia organelor genitale, funcţia lor, problemele legate de pubertate, atît cele fiziologice cît şi cele psihice.

Anatomia și funcția organelor genitale

Corpul omenesc este format din mai multe organe fiecare avînd un rol bine determinat. Unele organe îndeplinesc funcţia de nutriţie, altele de circulaţie a sîngelui sau de respiraţie, asigurînd dezvoltarea şi bunăstarea organismului.

Organele genitale (organe de reproducere, organe de naştere sau înmulţire) au funcţia de a forma organisme asemănătoare, de a asigura urmaşi.

Aceste organe sînt deosebite morfologic şi funcţional la bărbaţi şi la femei. Pe cînd la bărbat rostul organelor genitale este acela de a forma spermatozoizi, la femei, organele genitale sînt mult mai complicate şi au o funcţie mai complexă.

Cu toate deosebirile existente între organele genitale feminine şi masculine se poate spune că, în general, au aceeaşi schemă de bază.

Organele genitale feminine

Organele genitale feminine se împart în organe interne şi organe externe.

Oganele genitale externe sînt aşezate în partea dinainte şi în jos a trunchiului, unde se găseşte vulva — care este deschiderea în afară a organelor genitale — şi care este reprezentată de formaţiunile labiale (buzele) — îndoituri ale pielii — care sînt de două feluri : labiile mari şi labiile mici. Labiile mari (buzele) mărginesc părţile externe ale vulvei şi au o faţă externă acoperite cu fire de păr groase şi rare şi o faţă internă, formată dintr-o mucoasă umedă. Extremităţile labiilor se unesc pe linia mediană formînd comisura anterioară care se continuă cu o proeminenţă rotunjită, acoperită cu păr şi care

poartă numele de muntele lui Venus. Comisura posterioară, numită și furculiță, se află la cîțiva cm de anus (fig. 1).

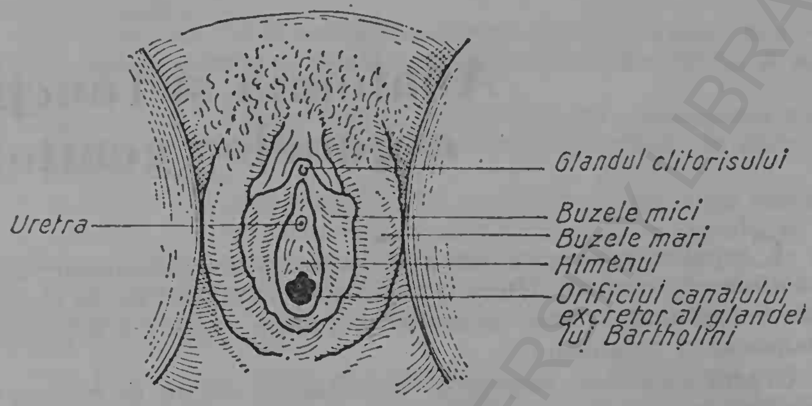


FIG. 1 — ORGANELE GENITALE EXTERNE FEMININE

Labiile mici (nimfele) sînt așezate înăuntrul labiilor mari, fiind paralele cu acestea, dar mai scurte și mai groase. Fața internă sau vestibulară este căptușită cu o mucoasă, care secretă un mucus, produs de o serie de glande mici (fig. 2).

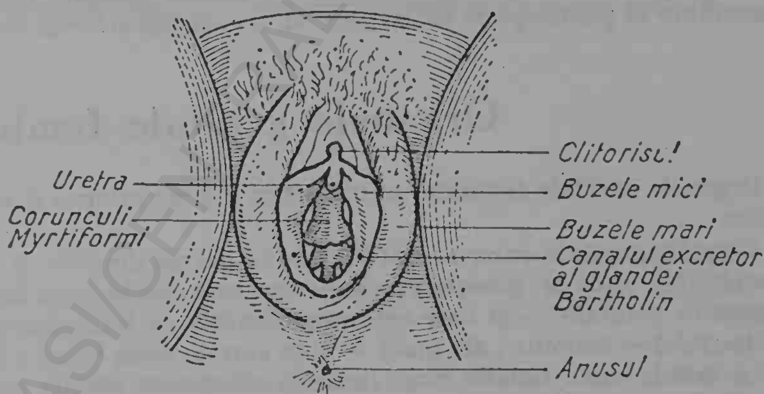


FIG. 2 — ORGANELE GENITALE EXTERNE ALE UNEI MULTIPARE

Spațiul interlabial este despicătura a cărei deschidere variază după cum este vorba de o femeie care nu a născut sau una care a

născut. Spaţiul mărginit de labiile mici formează aşa-numitul vestibul al vaginului. În partea lui anterioară se găseşte deschiderea orificiului extern al uretrei, iar în partea posterioară se distinge orificiul vaginal, care diferă după cum este vorba de o virgină, de o nulipară sau de o femeie care a născut. La virgină orificiul inferior al vaginului este parţial închis de o diafragmă (membrană) — himenul — care este o membrană, între foiţele căreia există ţesut conjunctiv cu numeroase fibre elastice şi vase de sînge. Sînt descrise mai multe tipuri de himen : semilunar, cu franjuri, bilabiat, biperforat, ciuruit etc. Grosimea şi rezistenţa diferenţiază himene cărnoase, rezistente, subţiri, suple sau elastice (fig. 3, 4).

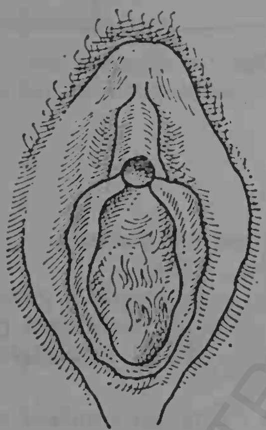


FIG. 3 — HIMEN CRIBRIFORM — VIRGINITATE

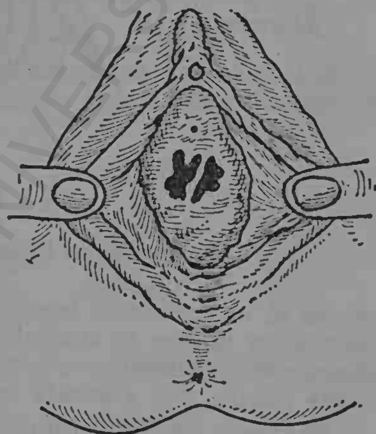


FIG. 4 — HIMEN CRIBRAT

Aparatul erectil este reprezentat de un organ median — clitorisul — şi de două organe laterale — bulbii vaginului.

Clitorisul — organ de formă cilindrică — are două rădăcini subţiate — corpii cavernoşi — care se prind de oasele bazinului. În continuarea corpului se găseşte glandul care este acoperit de un capişon — prepuţ — format din unirea extremităţilor anterioare (dinainte) ale buzelor mici. Clitorisului i se poate descrie porţiunea situată profund şi o porţiune liberă, acoperită de prepuţ şi legată în partea

2*

inferioară de cutele nimfenale care constituie aşa-numitul frîu clitoridian (fig. 5).

Bulbii vaginului sînt două formaţiuni erectile care înconjoară uretra şi intrarea în vagin şi care corespund bulbului corpului ca-

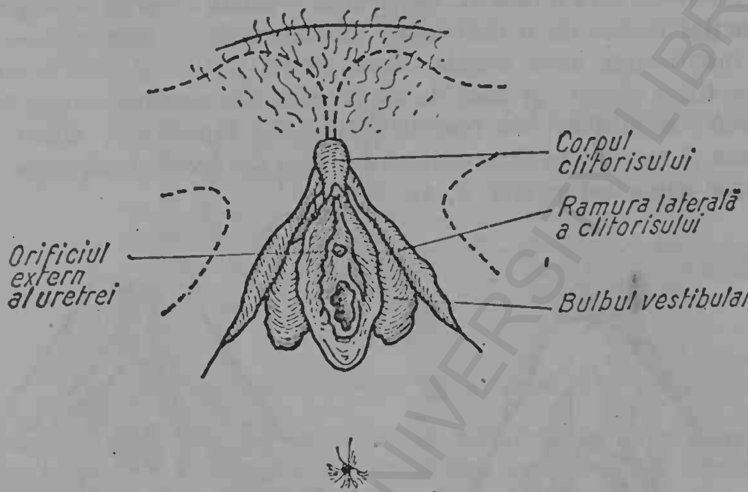


FIG. 5 — CORPII CAVERNOŞI AI ORIFICIULUI VAGINAL

vernos al uretrei de la bărbat. Vestibulul este bogat în glande, care secretă un mucus în timpul excitaţiei sexuale, permiţînd penisului alunecarea în timpul contactului sexual. Cele mai importante dintre aceste glande sînt glandele lui Bartholin.

Organele genitale interne. *Vaginul* este un conduct musculo-membranos, extensibil şi elastic, avînd rol în copulaţie (depunerea spermatozoizilor) şi servind drept canal de trecere a fătului şi anexelor sale în timpul naşterii. Datorită elasticităţii are posibilitatea de a se deschide, în special în cursul naşterii, cînd pereţii săi pot veni în contact cu pereţii bazinului, pentru ca după aceea să redevină la dimensiunile obişnuite. La femeile de vîrstă înaintată vaginul îşi pierde supleţea transformîndu-se într-un conduct aproape rigid (fig. 6).

Vaginul are o direcţie oblică de sus în jos şi dinapoi înainte, avînd o lungime de 12 cm şi 2 cm diametru. În drumul său oblic, străbate o serie de planuri musculare, care închid bazinul în partea de jos a trunchiului.

Muşchii din această regiune, denumită perineu, sînt susţinătorii vaginului şi, în bună parte, a tuturor organelor bazinului (fig. 7).

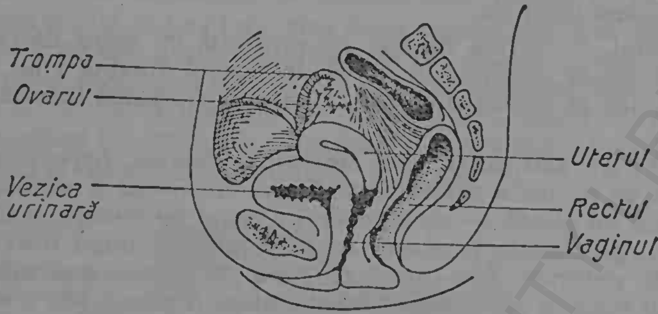


FIG. 6 — SECŢIUNE VAGINALĂ PRIN ORGANELE GENITALE INTERNE

Pe faţa internă a vaginului se află mucoasa vaginală, alcătuită din mai multe straturi de celule suprapuse. Suprafaţa mucoasei este

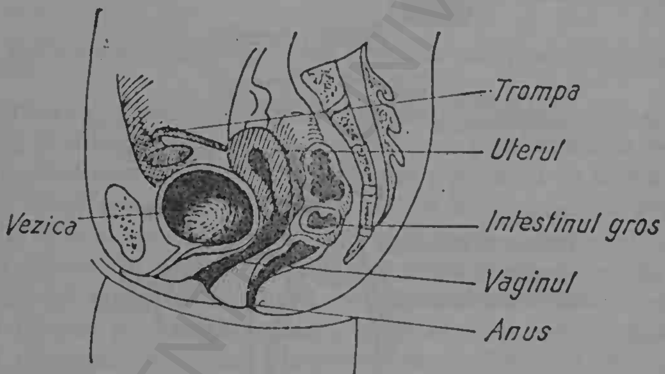


FIG. 7 — SECŢIUNE SAGITALĂ MEDIANĂ DUPĂ UMPLEREA VEZICII ŞI A RECTULUI. UTER ÎN POZIŢIE MIJLOCIE, UNGHIUL CERVICO-UTERIN COMPRESAT

neregulată, cu cute transversale, care pornesc de o parte şi de alta a unor formaţiuni mai îngroşate. Aceste cute au un rol important în mărirea suprafeţei de contact în timpul actului sexual şi în menţinerea lichidului spermatic depus în vagin. Mucoasa vaginală se modifică în raport cu secreţiile de hormoni sexuali din organism, în special cu secreţia de oestrogeni. Ea este subţire la fetiţă şi femeia în menopauză şi se îngroaşă în timpul vieţii sexuale şi a sarcinii. Ce-

lulele straturilor superficiale se desprind formînd, împreună cu o cantitate mică de lichid rezultat din peretele vaginal, secreţia vaginală albicioasă normală.

Vaginul, în partea de sus, se continuă cu colul uterin, iar în partea de jos se deschide în vulvă. În partea dinapoi vine în raport cu rectul, iar în partea dinainte în raport cu vezica (bășica urinară) și uretra.

U t e r u l, sau mitra, este un organ cavitar, nepereche, așezat în partea de mijloc a cavităţii pelviene, între rect și vezica urinară. Are un rol de gazdă — servind drept canal de trecere pentru spermatozoizi, găzduiește produsul de concepţie și, după dezvoltare, îl elimină în exterior. Are formă de pară, cu partea mai mare în sus și cea mai mică în jos și a fost asemănat cu o ploscă sau o mitră. Are o lungime de 6—8 cm și o lărgime de 4 cm, dimensiunile variind după aceleași criterii, dacă femeia a născut sau nu.

Uterul este format din trei segmente : fundul uterului — partea superioară mai largă, corpul — porţiunea mijlocie și colul — porţiunea inferioară — care comunică cu vaginul (fig. 8).

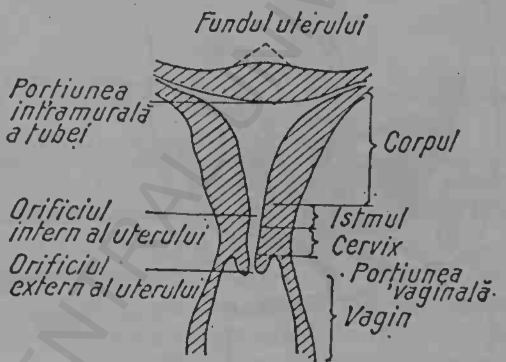


FIG. 8 — SECŢIUNE FRONTALĂ PRIN UTER, SCHEMATIC

La limita dintre fund și corp se deschid, de o parte și de alta, orificiile uterine ale trompelor.

Peretele uterin este format din trei tunici : seroasă, musculară și mucoasă. Cea mai importantă este tunica musculară, dotată, în vederea suportării sarcinii, cu trei straturi. La interior, uterul este căptușit de o mucoasă (pieliţă) formată din mai multe feluri de celule, cu rol în viaţa genitală a femeii — menstruaţie, și fixarea oului

în interiorul cavității uterine. Uterul este menținut într-o anumită poziție, de cîteva ligamente și mușchi care închid în jos bazinul.

T r o m p e l e   u t e r i n e sînt două canale tubulare care pleacă de-o parte și de alta a uterului, lungi de 10—12 cm și care se termină printr-o parte mai largă ca o pîlnie în jurul ovarului. Partea care se deschide în cavitatea uterină este mai îngustă, avînd rol de fecundație, aici avînd loc întîlnirea celor două celule sexuale (ovulul și spermatozoidul) și dezvoltarea inițială a oului (fig. 9).

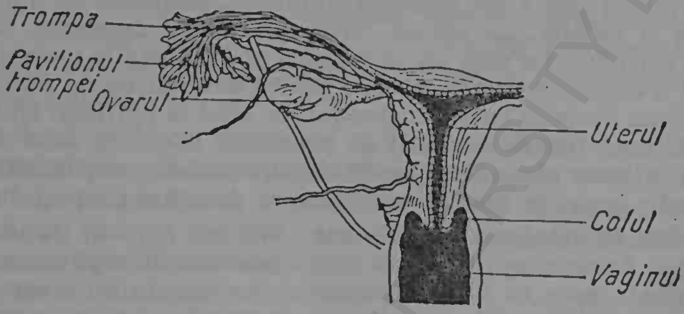


FIG. 9 — ORGANELE GENITALE INTERNE. SECȚIUNE SAGITALĂ

O v a r e l e, glandele sexuale feminine, sînt organe pereche, unul stîng și altul drept, avînd o dublă funcție secretorie — externă și internă. Sînt așezate în micul bazin, de o parte și de alta a uterului, au forma unor migdale, cu o lungime de 3—5 cm și o greutate de 4—8 g. La nou-născută, ovarele sînt albicioase, alb-roșietice la copil și roșii la adulte. În timpul perioadelor menstruale colorația roșietică se accentuează. După menopauză, capătă o culoare albicioasă sau cenușie. În timpul perioadei sexuale, ovarele au o consistență elastică, iar după menopauză capătă rezistență dură, fibroasă. Au un aspect neted și regulat pînă la pubertate, iar după aceea capătă un aspect neregulat produs de numeroase depresiuni și cicatrici, consecința spargerii foliculilor.

Organele genitale masculine

Organele genitale masculine au misiunea de a produce celule sexuale — spermatozoizii — și de a asigura depunerea lor în organele genitale feminine în vederea întîlnirii cu celula sexuală feminină.

La bărbat, organele genitale le putem împărţi în organe genitale interne, reprezentate prin testicul, epididim şi căile spermatice şi organe genitale externe, reprezentate prin penis şi scrot.

Organele genitale externe. *Penisul* este organul de ejaculare a lichidului spermatic şi are formă aproape cilindrică, distingîndu-se la el două porţiuni : rădăcina şi porţiunea liberă.

Rădăcina se află cuprinsă în grosimea perineului şi este fixată de oasele bazinului.

Porţiunea liberă are o formă cilindrică, acoperită de o piele subţire fină şi mobilă. La partea terminală pielea depăşeşte marginea liberă a corpului. La vîrf, ea se reflectă şi se inseră la baza glandului formînd o duplicaţie a pielii, care poartă denumirea de prepuţiu. La băieţi acesta acoperă complet glandul, pe cînd la bărbatul adult, glandul va fi doar parţial acoperit de prepuţiu. Locul de inserţie a prepuţiului la baza glandului poartă denumirea de şanţ balano-prepuţial şi este bogat în glande care secretă smegma prepuţiului.

Pentru ca actul sexual să poată avea loc, penisul trebuie să devină rigid. Aceasta se realizează prin aşa-numiţii corpi erectili, bogat vascularizaţi, care în timpul excitaţiei, se umplu cu sînge. Penisul este străbătut de uretră, aceasta reprezentînd calea de ieşire a spermatozoizilor şi urinei. Uretra îşi are originea în vezica urinară şi se termină la capătul penisului. În apropierea prostatei, în uretră intră canalele de ejaculare, prin care spermatozoizii trec în aceasta.

Pentru ca să nu se producă amestecarea urinei cu lichidul spermatic, prostata va regla curentul acestora. În mod normal sfincterul este relaxat permiţînd scurgerea urinei. În cazul erecţiei penisului, sfincterul se va contracta închizînd astfel uretra deasupra deschiderii canalelor ejaculatoare şi, astfel, va trece prin uretră doar lichidul spermatic. Uretra prezintă în partea ei anterioară cîteva glande mici care vor secreta, în timpul excitaţiei sexuale, un lichid.

Scrotul este punga tegumentară în care sînt adăpostite testiculele. La exterior este acoperit de o piele subţire, foarte extensibilă şi elastică, pigmentată, încreţită, cu peri rari şi lungi. Pe linia mediană prezintă o cută proeminentă care se numeşte rafeul scrotului, de la care porneşte un perete care împarte punga scrotului în două compartimente numite burse, în fiecare bursă fiind adăpostit un testicul. Imediat sub piele se găseşte o lamă musculară numită dartos, formată din fibre musculare netede care au rol important în încreţirea pielii de pe scrot.

Organele genitale interne. *Testiculul* reprezintă glanda genitală masculină pereche, în care se produc spermatozoizi şi hor-

moni sexuali, este de formă ovală, are o lungime de 4—6 cm și o greutate de aproximativ 25 g. La suprafață testiculul este învelit de o seroasă (peliță) numită tunica vaginală, iar în interior se află un țesut conjunctiv dens, de culoare albă-sidefie, împărțit de niște pereți despărțitori într-un număr de 250—300 de porțiuni în formă de piramidă numite lobulii testiculului. Interiorul testiculului, numit parenchim, este format din tubii seminiferi — locul de producere a spermatozoizilor — de unde sînt împinși spre interiorul tubular, trecînd, totodată, printr-un proces de maturație.

Tubii seminiferi se unesc spre exterior într-un canal întortocheat, alipit de testicul, numit epididim. Spermatozoizii odată ajunși aici vor trece mai departe, printr-un cordon de aproximativ 25 de cm lungime — cordonul spermatic — intrînd de ambele părți în cavitatea abdominală.

Cele două cordoane se vor uni la baza vezicii urinare, la locul de unire formîndu-se o glandă de mărimea unei nuci, numită prostată.

Prostata are forma unei castane și este străbătută de uretra prostatică, în care se deschid canalele ejaculatoare. Partea importantă a acestei glande o constituie mușchiul prostatic ale cărui contracții ajută la eliminarea lichidului prostatic, care se amestecă cu sperma în timpul ejaculării. Înapoia prostatei, se află două formațiuni numite veziculele seminale al căror produs intră de asemenea în compoziția lichidului spermatic.

Funcția genitală. Sistemul de dirijare

Toate părțile corpului omenesc se supun unei dirijări centrale: în cazul viețuitoarelor mai simple legătura se face doar prin substanțele lichide din țesuturi; la viețuitoarele mai evoluate legătura dintre suprafața corpului, organe, creier și invers se face prin substanțe mai specializate, numite hormoni, care circulă prin vasele sanguine; în fine, la viețuitoarele și mai evoluate există o colaborare de influențe hormonale și nervoase.

Locul central de dirijare nervoasă se află în creier, într-o porțiune situată la baza lui — diencefalul — și în glanda hipofiză, situată în afara creierului, aproape de baza lui. Hipofiza este deci glanda centrală care dirijează toate celelalte glande cu secreție internă. Lobul anterior al hipofizei, prin hormonii gonadotropi, reglează funcțiile ovariene (se produce creșterea foliculilor, se formează corpul

galben, secretîndu-se hormonii feminini), iar la sexul masculin influenţează creşterea gonadelor, spermatogeneza şi secreţia de hormoni masculini.

Funcţia genitală feminină

Ovarele au o funcţie germinativă, produc celulele sexuale feminine — ovulele (sămînţa feminină) — şi, totodată, au şi o funcţie hormonală, secretînd hormoni sexuali feminini. foliculină si progesteron.

Vaginul este un canal (recipient), adaptat pentru primirea sămînţei masculine — a spermatozoizilor.

Trompele servesc ca loc de întîlnire a celor două seminţe, ovulul cu spermatozoidul, iar uterul este locul unde ovulul fecundat se va dezvolta în făt.

Ovarele. În ovarul fetiţei nou-născute se găsesc aşa-numiţii foliculi primari, purtători ai celulelor sexuale feminine numite ovule. De la vîrsta de 2—3 ani, nu se mai formează foliculi primari, deci ovule, spre deosebire de spermatozoizi, care iau naştere în tot cursul vieţii de bărbat.

Cele două ovare ale fetiţei nou-născute conţin circa 400 000 de foliculi cu ovule, care rămîn nemodificaţi pînă în perioada pubertăţii, cînd începe maturarea lor.

Foliculii cresc, se umflă ca o băşicuţă (diametru de 1 cm) plină cu lichid folicular bogat în hormoni oestrogeni. Înăuntrul acestei băşicuţe se dezvoltă şi creşte ovulul, înconjurat de celule mici, capabile să-l hrănească în drumul ce-l va avea de parcurs. Ovulul este cea mai mare celulă a organismuui uman, la limita vizibilităţii cu ochiul liber = 0,1 mm. Foliculii cresc, se mută spre suprafaţa ovarului şi, în fiecare lună, una din aceste băşicuţe se sparge şi pune în libertate ovulul, care va fi prins de trompă.

Ovulaţia. Eliminarea ovulului din foliculul matur se numeşte ovulaţie şi are loc la mijlocul ciclului menstrual (a 10—18-a zi de la începutul menstruaţiei).

Astfel stînd lucrurile, perioadele de fertilizare mai sigure sînt situate în treimea de mijloc dintre două menstruaţii, iar perioadele cu cele mai puţine şanse de a se produce fecundaţia, perioade care permit raporturi sexuale fără a duce la sarcină, sînt prima săptămînă după menstruaţie şi săptămîna dinaintea menstruaţiei. Bineînţeles că există şi excepţii (fig. 10).

Ovulaţia este independentă de contactul sexual, producîndu-se cu aceeaşi frecvenţă la fata virgină sau la femeia măritată.

În mod normal, foliculul se maturează în fiecare lună, de cînd apare menstruaţia şi pînă la menopauză, cu excepţia celor 9 luni de sarcină şi a cîtorva luni de lăuzie.

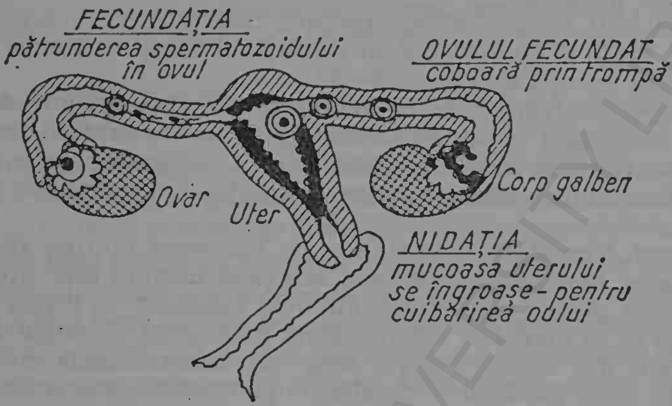


FIG. 10 — FUNCŢIUNEA OVARULUI — SCHEMATIC

Numai unul dintre ovare asigură maturizarea lunară a ovulului, deci cele două ovare îşi împart alternativ această funcţie, fără a avea însă un plan dinainte stabilit. Uneori alternează, alteori însă acelaşi ovar produce ovulul mai multe luni la rînd. Dacă unul din ovare este îndepărtat chirurgical, celălalt preia întreaga funcţie de producere a ovulelor, fără a se reduce fertilitatea.

Dacă socotim, pentru latitudinile noastre, perioada de reproducere a femeii ca fiind între 15—45 de ani, înseamnă că în cursul a 30 de ani se maturează pentru ovulaţie 30 de ani × 12 luni = 360 de ovule × 2 ovare = 720 de ovule şi admiţînd că fiecare ovar funcţionează alternativ, rămîn 360 de ovule pe toată perioada de fertilitate a femeii.

Fenomenul de ovulaţie se repetă pînă la menopauză, cînd se produce degenerarea foliculară şi ovarul devine o glandă inertă.

Funcţia hormonală a ovarului. Celulele de la periferia foliculilor secretă cel mai important hormon — foliculina — încă din timpul copilăriei. Abia la menopauză această producţie scade. În timpul sarcinii funcţia este preluată, temporar, de placentă.

Imediat după ruperea foliculului şi expulzarea ovulului, foliculul se transformă într-o nouă glandă — corpul galben — care secretă celălalt hormon important — progesteronul.

Prin urmare din a 14—15-a zi de la începutul menstruației, secreția de foliculină se însoțește de secreția de progesteron.

Dacă ovulul nu va fi fecundat de spermatozoid, corpul galben devine inutil și involuează rapid. Dacă fecundarea a avut loc, sarcina evoluează și, începînd cu luna a IV-a, formarea progesteronului este preluată de placentă.

Pavilionul trompelor cu franjuri, îmbrățișează ovarele asemenea unor brațe și ovulul eliberat din folicul intră în trompă. El călătorește prin trompă spre uter 60—72 de ore.

Mecanismul care face ca ovulul să înainteze prin trompă spre uter se realizează printr-o combinație între contracțiile ritmice și relaxările fibrelor musculare din pereții trompelor prin mișcările cililor vibratili din canalul trompei și cu ajutorul secrețiilor ce se formează în trompe.

Uterul. Transformările ciclice ale mucoasei uterine sînt supuse influențelor hormonale ovariene. Mucoasa uterină este pregătită în fiecare lună pentru cuibărirea unui ovul fecundat. În prima jumătate a ciclului ea se îngroașă, sub influența foliculinei, glandele devin mai numeroase, din tubulare devin sinuoase, vascularizația este mai bogată. În a doua jumătate a ciclului, după ovulație, sub influența progesteronului, apare și o activitate secretorie mai crescută a acestei mucoase.

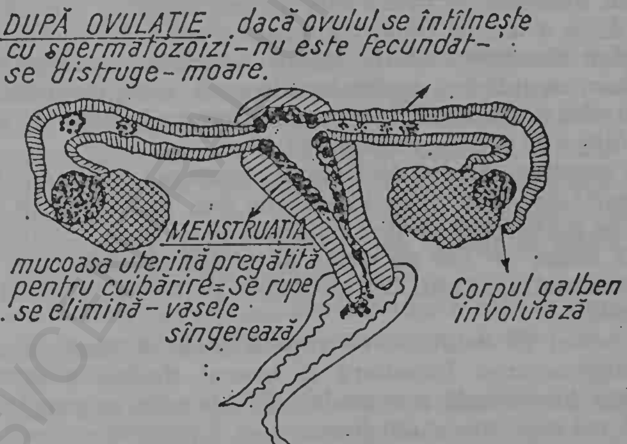


FIG. 11 — MENSTRUAȚIA

Dacă ovulul nu este fecundat, mucoasa uterină, pregătită pentru a primi oul, se dezlipește de uter, vasele sanguine se rup, sîngerează și se produce menstruația (fig. 11).

La sfîrșitul ciclului, secreția celor doi hormoni (foliculina și progesteronul) scade brusc, deci nu mai există stimulul necesar creșterii, dezvoltării și menținerii mucoasei uterine. Vasele de sînge care irigă mucoasa sînt foarte sensibile la scăderea foliculinei, se obstruează împiedicînd hrănirea mucoasei care se distruge, moare și este eliminată, rămînînd numai porțiunea de la bază, care asigură regenerarea și formarea unei noi mucoase uterine, odată cu terminarea menstruației.

Dacă ovulul a fost fecundat, mucoasa nu se mai elimină, ci dimpotrivă, crește în grosime, ajungînd în luna a IV-a de sarcină la 1 cm.

Durata menstruației este în medie de 2—6 zile. Cantitatea variază între 50—100 g sînge care nu se coagulează, în glandele uterine existînd un ferment ce distruge fibrinogenul din sînge.

Menstruația începe cu menarha — prima menstruație — ce apare în perioada pubertății și ține pînă la menopauză. În regiunile noastre, menarha apare între 12—16 ani, iar menopauza se instalează în jurul vîrstei de 45—50 de ani. O dată cu instalarea menopauzei încetează capacitatea de reproducere a femeii. Această capacitate de reproducere este redusă în primii ani după apariția menstruației, după cum o scădere se remarcă și în anii ce preced menopauza, dar fenomenul reproducerii se poate menține și în menopauză, cînd, fără menstruație, pot avea loc ovulații urmate de fecundație și de sarcină. Abaterile extreme devin curiozități. Menționăm ca o curiozitate că cele mai tinere mame din lume au fost fetițe în jurul vîrstei de 6 ani, una din ele avea menstruație de la vîrsta de 6 luni, iar la vîrsta de 4 ani au început să i se dezvolte sînii, apărînd și părul pubian.

Menstruația este întotdeauna un eveniment în viața femeii și nu este bine ca fetița să fie surprinsă nepregătită de acest eveniment.

Presupunerea că ciclurile de 28 de zile ar avea o legătură cauzală cu ciclurile de 28 de zile ale lunii nu poate fi dovedită ; în realitate este vorba de o simplă coincidență a două evenimente ale naturii.

Încă mai persistă și astăzi interpretarea eronată în legătură cu hemoragiile lunare, că sîngele rău sau lichidele rele trebuie îndepărtate din corp.

Vaginul. Este organul de copulație al femeii, primește și depozitează spermă și este un organ de trecere, pe unde se scurge sîngele menstrual și secrețiile din trompe, uter și col și tot pe aici trece copilul cînd se naște. Are o funcție de protecție antimicrobiană datorită mediului său acid, iar mucoasa care-l căptușește este neregulată, cu pliuri

transversale, avînd un rol în extinderea lui în timpul actului sexual şi ajutînd astfel la menţinerea lichidului spermatic depus în vagin.

Celulele straturilor superficiale ale mucoasei vaginului se descuamează formînd, împreună cu o cantitate mică de lichid rezultat din peretele vaginal şi cu secreţiile celorlalte organe genitale, secreţia vaginală. Celulele mucoasei vaginale descuamate au un caracter specific în funcţie de ciclul hormonal. Foarte numeroase sînt celulele superficiale în prima parte a ciclului menstrual (sub acţiunea secreţiei de foliculină) şi scad pe măsură ce ne apropiem de sfîrşitul ciclului sub acţiunea secreţiei de progesteron, locul celulelor superficiale fiind luat de celulele din straturile mai profunde. Pe baza acestor celule descuamate se poate face un examen special (frotiu vaginal), care poate indica starea hormonală a femeii la un moment dat.

Organele genitale externe

Vulva. Între labii se află vestibulul sau intrarea în vagin, despărţit de acesta prin membrana himenală.

Himenul este rupt la primul contact sexual. Este diferit şi poate fi absent uneori, de aceea este necesar să se acorde multă atenţie, din partea medicului legist, la constatarea virginităţii.

Vestibulul este bogat în glande (Bartholin-Skene) secretoare de mucus, care, în timpul excitaţiei sexuale, favorizează alunecarea penisului în timpul contactului sexual.

Atît clitorisul cît şi labiile sînt formate dintr-un ţesut erectil, analog celui al penisului, avînd la suprafaţă numeroase terminaţiuni nervoase, care, la atingere, produc excitaţia sexuală. Clitorisul în erecţie ajunge la 1—2 cm şi funcţia sa este de a reacţiona la excitaţiile sexuale şi de a produce femeii plăcere sexuală.

Modificări ciclice generale ale organismului feminin

În afară de modificările mucoasei uterine, vaginale, toate părţile aparatului genital suferă modificări de la o menstruaţie la alta, în sensul că, ciclic devin mai laxe, mai puternic irigate. Aceste modificări se extind asupra întregului organism. Se pot observa oscilaţii ciclice ale comportamentului psihic.

Dacă se măsoară temperatura rectal, dimineaţa înainte de scularea din pat, se constată la data ovulaţiei un salt termic cu aproxima-

tiv $1/2$ grad. Menţinerea acestei temperaturi arată că s-a produs fecundaţia şi, în caz de sarcină, temperatura nu mai coboară (fig. 12).



FIG. 12 — DIAGRAMA HIPERTERMIEI PREMENSTRUALE

Funcţia genitală masculină

În interiorul testiculului se formează şi se dezvoltă celulele sexuale masculine — spermatozoizii. Tot aici se secretă şi hormonul masculin — testosteronul — cu rol în activitatea sexuală a individului, în procesul de creştere şi maturaţie a acestuia. O succesiune de canale transportă spermatozoizii spre exterior, iar penisul, partea copulativă, introduce spermatozoizii în vagin.

Spermatozoizii se produc în tubii seminiferi din testicule, în celulele situate în pereţii acestora. Fiecare testicul conţine aproximativ 1 000 de tubi, care, puşi cap la cap, ajung la o lungime de 2 km. Este deci lesne de înţeles cum în cursul vieţii unui bărbat se produc milioane de spermatozoizi.

Din tubii seminiferi, spermatozoizii străbat spre exterior, prin epididim, canalele spermatice, se strîng în veziculele seminale şi apoi, prin canalele ejaculatoare, ajung în uretra posterioară. Pe acest parcurs se amestecă cu produsele de secreţie ale diferitelor glande (prostată, vezicule seminale etc.) care formează împreună lichidul spermatic.

Organul care elimină spermatozoizii (lichidul spermatic) este penisul.

Penisul este străbătut de uretră în jurul căreia s-au dezvoltat ţesuturi erectile, ţesuturi care dau penisului rigiditatea necesară îndeplinirii funcţiei de copulaţie.

Pielea penisului, subţire şi elastică, lipsită de păr, se inseră la baza glandului formîndu-se o duplicare numită prepuţiu, care acoperă complet glandul la băieţi şi numai parţial la bărbatul adult. Prepuţiul este legat de gland, pe faţa de jos a penisului prin frenul prepuţiului, care se rupe parţial sau total după primele contacte sexuale. Şanţul format între locul de inserţie al prepuţiului şi baza glandului este bogat în glande sebacee, care produc smegma.

Atît mucoasa glandului cît şi prepuţiul, mai ales zona din jurul frenului, conţin multe terminaţiuni nervoase care, excitate, produc erecţia. Erecţia este înfăptuită prin umplerea rapidă cu sînge a vaselor spongioase şi menţinerea lui sub presiune prin contractarea fibrelor musculare netede din jurul sinusurilor venoase.

Penisul erectat se numeşte falus şi are în medie o lungime de 14—17 cm, în partea liberă, şi o circumferinţă de 12 cm (relaxat 8 cm). Capacitatea unui bărbat de a realiza erecţia şi de a fi apt pentru copulaţie se numeşte potenţă.

Erecţia penisului se poate produce spontan, fără excitaţie specifică sexuală, dar de cele mai multe ori ea are loc în urma unei excitaţii de natură sexuală, fie de ordin psihic, fie mecanic.

Lichidul spermatic, în mod normal, va fi eliminat numai cînd penisul se află în erecţie. Acest proces de eliminare se numeşte ejaculare. Lichidul spermatic are o culoare alb-gălbuie şi o consistenţă gelatinoasă. Printr-o ejaculare se elimină 2—3 cmc de spermă cu un conţinut de 200—350 milioane de spermatozoizi.

Uretra mai prezintă, în partea ei anterioară, cîteva glande mici, care vor secreta, în timpul excitaţiei sexuale, un mucus alcalin. Mucusul va umecta vîrful penisului, uşurînd alunecarea lui în timpul contactului sexual şi creînd un mediu alcalin favorabil spermatozoizilor. Secreţia de mucus se produce în timpul erecţiei şi apare la orificiul extern al uretrei sub formă de picături albicioase. Aceste picături sînt confundate de adolescenţi cu lichidul spermatic şi sînt cuprinşi de îngrijorare că pierd spermatozoizi.

Fiziologia procreaţiei. Reproducerea

Am arătat că ejaculatul normal este de 2—3 cmc şi conţine impresionantul număr de 200—350 milioane de spermatozoizi. Spermatozoizii sînt de 25 000 de ori mai mici decît ovulul şi nu sînt încărcaţi cu substanţe nutritive. Ei rămîn activi şi mobili în fluidul seminal la temperatura camerei, timp de 24 de ore după ejaculare sau 48 de ore în tractul reproductiv feminin. Congelaţi pot

fi păstraţi timp îndelungat. Readuşi la temperatura normală după luni şi ani, devin normali şi pot fi folosiţi la însămînţări artificiale, avînd capacitate de reproducere intactă.

Coabitare. În timpul contactului sexual spermatozoizii sînt proiectaţi în partea de sus a vaginului, ajungînd nemijlocit, în contact cu gura colului. Fiind expuşi mediului acid, ostil, al secreţiei vaginale, mulţi mor în cîteva ore. Cei care scapă îşi încep călătoria în sus prin canalul cervical al colului (gîtul uterului), prin cavitatea uterină, prin trompe, în căutarea ovulului, graţie propriei lor energii cu ajutorul mişcărilor cozilor. Posibilităţile lor de deplasare sînt limitate prin epuizarea care survine după un anumit număr de ore (fig. 13).

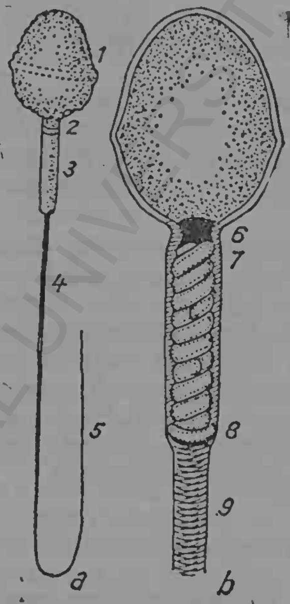


FIG. 13 — SPERMATOZOIZII VĂZUŢI CU MICROSCOP NORMAL ŞI ELECTRONIC

La mijlocul intervalului dintre două menstruaţii, mucusul opac şi dens care astupă canalul din col, îşi schimbă caracteristicile devenind mai transparent şi mai apos, uşurînd trecerea spermatozoizilor. Mediul de aici este alcalin şi, deci, prielnic vieţuirii lor.

Am văzut că din vagin numai un număr relativ redus de spermatozoizi ajung în canalul cervical, număr ce scade mereu pe măsură ce excursia continuă.

În trompă înoată spermatozoizii contra curentului lichidului. Se pare că acest curent le arată drumul. Rapiditatea mişcărilor atinge

recordul mondial de înot al omului. Drumul parcurs în fiecare secundă este egal cu lungimea propriului lor corp. Calculele au stabilit că drumul parcurs este de 20 cm și dacă viteza este de 1 mm/minut, spermatozoizii au nevoie de 4 ore pentru a ajunge din vagin în trompă. În drumul lor întîlnesc nenumărate obstacole fizice și chimice, temperatura mediului, aciditatea vaginului, mișcările contrare ale cililor din trompe, celulele ce înconjoară ovulul etc. Avînd în vedere drumul dificil, număr mare de spermatozoizi din ejaculat nu poate fi considerat ca o risipă din partea naturii, ci o măsură de precauție. Doar 2 000 din cei 300 milioane de spermatozoizi ejaculați ajung în trompă unde se găsește ovulul și scopul nu este atins decît de un singur spermatozoid.

Procesul de fertilizare

Am descris deci două călătorii, cea a ovulului eliberat de foliculul maturat în ovar, prins de trompă și transportat prin ea pînă la jumătatea drumului și cea a spermatozoizilor, ejaculați în vagin, care urcă prin col, prin cantitatea uterină și prin trompă pentru a întîlni ovulul.

La mijlocul intervalului dintre două menstruații, am arătat că are loc ovulația, tradusă printr-o durere în partea de jos a abdomenului, într-o parte sau alta, depinzînd de ovarul în care se rupe foliculul ; unele femei chiar sîngerează ușor 48 de ore. Dacă ovulația a avut loc cu cîteva ore înaintea terminării călătoriei spermatozoizilor, ovulul așteaptă în trompă spermatozoizii. Dacă ovulația a avut loc cu mult înainte, ovulul începe să se deterioreze și moare, iar dacă ovulația are loc după contactul sexual, spermatozoizii, ajunși înainte, așteaptă și ei ovulul în trompă.

Pătrunderea spermatozoizilor în ovul

Vîrful spermatozoizilor poartă o substanță (hialuronidază) care dizolvă celulele ce înconjoară ovulul și peretele acestuia. Mai mulți spermatozoizi iau parte la acest proces, cu toate că numai unul singur va pătrunde în ovul, semnificînd primul pas făcut pentru realizarea noii vieți (fig. 14).

Fecundația

Pentru ca viața să se transmită, pentru a se forma o nouă ființă, este necesară unirea celor două celule sexuale specializate : sperma-

tozoidul și ovulul. Fuzionarea lor, fenomen fără de care perpetuarea speciei nu este posibilă, se numește fecundație.

Partea din celule care fuzionează este nucleul. Prin fuzionarea nucleelor, a spermatozoidului și a ovulului, ia naștere oul, noua ființă, însemnînd începutul sarcinii.

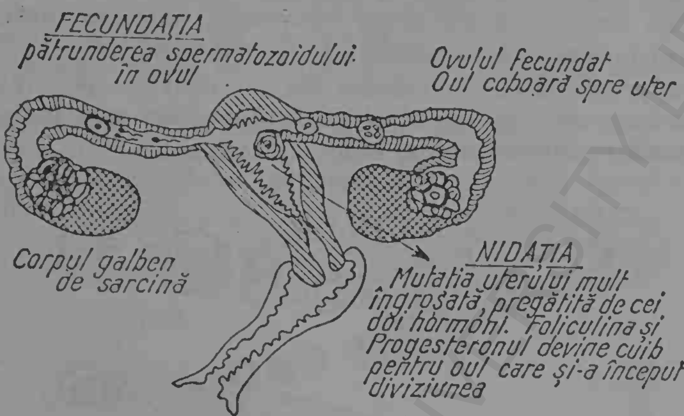


FIG. 14 — FECUNDAȚIA ȘI NIDAȚIA

Nucleul, privit la microscop, este alcătuit dintr-o rețea filiformă de cromozomi.

Fiecărei specii îi este caracteristic un număr de cromozomi și fiecare celulă a corpului unui animal conține același număr de cromozomi. La om celulele corpului conțin 46 de cromozomi.

Celulele sexuale, ovulul și spermatozoidul, în procesul de maturare, pentru a deveni apte în fuzionare (fecundare) își reduc la $^1/_2$ numărul de cromozomi. Prin unirea celor două nuclee cu numărul înjumătățit și a celulelor de reproducere se formează oul, reconstituindu-se numărul de cromozomi caracteristici speciei.

Acești cromozomi conțin particule mici numite gene, particule, care transmit caracterele ereditare ; lor le datorăm nu numai sexul, dar și conformația corpului, culoarea ochilor etc.

Cuibărirea — nidația

Prin contopirea celor două nuclee se formează noua celulă, oul uman. Din acest moment începe și diviziunea lui : la început în două celule, apoi în patru și așa mai departe în progresie geometrică, ajun-

gîndu-se la aspectul de mură, de unde vine și numele de morulă. Dar volumul acestui ou divizat, format din 64 de celule, rămîne neschimbat, altfel nu ar mai putea progresa prin trompă.

În timpul diviziunii sale, oul este condus de mișcările ondulatoare ale trompei și ale cililor vibratili, către cavitatea uterină. După migrare prin trompă, oul ajuns la destinație, mai rămîne doar o scurtă perioadă de timp, 7—9 zile după fecundație. Mucoasa uterină este pregătită să-l primească, iar mușchiul uterin este liniștit.

Grație proprietăților învelișului său, oul distruge, pe o mică porțiune, mucoasa uterină, realizînd un orificiu prin care pătrunde în interior, unde se cuibărește (fig. 15).

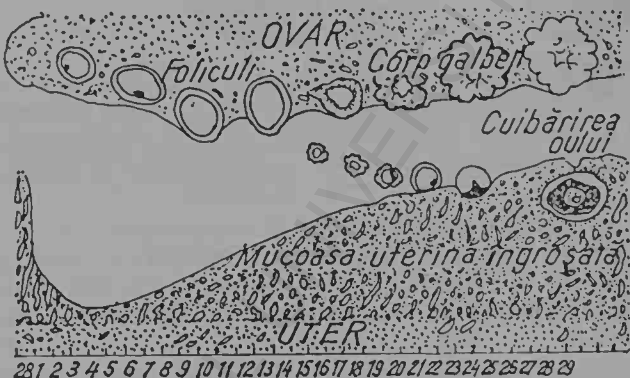


FIG. 15 — PARALELA ÎNTRE PROCESELE DIN OVAR ȘI MUCOASA UTERINĂ DUPĂ FECUNDAREA OULUI. ÎN ACELAȘI TIMP ESTE REPREZENTAT TRANSPORTUL OULUI ȘI IMPLANTAȚIA ÎN MUCOASA UTERINĂ

Începe acum o nouă fază : celulele divizate care erau pînă acum egale între ele, ca mărime și formă, se diferențiază pentru formarea organelor. Ia naștere aparatul de fixare și de hrănire a noii ființe.

Avantajul biologic al celor două sexe

Procesul de unire a celor două celule sexuale, așa cum se prezintă la om și la celelalte mamifere, nu a fost de la început așa de perfecționat, atingînd actuala formă printr-o evoluție treptată.

Dacă în viața unicelulară miracolul reproducerii se reduce la o simplă diviziune celulară, luînd naștere două celule și fiecare din cele

două celule se divide, la rîndul ei, în alte două celule, progenitura fiind o copie aproape exactă a originalului, la formele mai evoluate de viață, începînd cu steaua de mare, există două sexe ; dar aici sperma și ovulele sînt evacuate la întîmplare, fără nici o percepere fizică sau contact între părți.

Deja la pești există o atracție pronunțată între mascul și femelă, lipsind însă contactul fizic. Masculul înoată deasupra femelei eliminînd sperma, în timp ce femela evacuează ovulele.

La broască există deja contact fizic ; însămînțarea este însă externă.

Însămînțarea (înseminarea) internă așa cum se produce la mamifere este forma cea mai eficientă și constă în introducerea unui organ specific masculului (penisul), într-un organ specific feminin (vaginul).

Dezvoltarea morfologică generală și genitală

Pentru a ajunge la maturitatea sa deplină, apt de a se reproduce, organismul omului trece printr-o serie de perioade de dezvoltare, începînd din viața intrauterină și sfîrșind cu vîrsta adultă, perioadă care cuprinde în timp aproape un sfert din viața lui.

Se înțelege din primul moment cît de complexe sînt transformările pe care le suferă acest organism, atît din punct de vedere morfologic cît și din punct de vedere funcțional, pentru că organismul adultului se deosebește de acela al copilului, nu numai cantitativ ci și calitativ.

Creșterea trebuie privită ca un proces evolutiv continuu, în care organismul trece prin etape bine distincte, avînd individualitatea lor și care se desfășoară în ordine : perioada embrionară, neo-natală, a sugarului, copilărie (prima copilărie), vîrsta școlară (a doua copilărie), perioada pubertară.

Creșterea și dezvoltarea sînt fenomene complexe avînd un determinism care ține de factori exogeni și endogeni. Intricarea acestor factori este perfectă : armonia lor funcțională va avea ca rezultat o armonie structurală. Cu alte cuvinte, echilibrul factorilor determinanți ai dezvoltării va avea ca rezultat crearea unui organism normal atît din punct de vedere al formei cît și al funcțiunii. Există uneori o disarmonie în determinismul procesului de creștere și dezvoltare. Ea va avea ca rezultat apariția unor elemente patologice, morfologice sau funcționale.

Deși creșterea și dezvoltarea este un proces continuu, aceasta nu implică presupunerea că ea s-ar desfășura cu același grad de intensitate, dimpotrivă, se defășoară în salturi, cu perioade de rapide schimbări morfo-funcționale, alternînd cu perioade de aparentă acalmie.

Astfel, se știe că dezvoltarea se produce într-un ritm intens în perioada embrionară și în primii ani din viață, după care urmează o fază de dezvoltare lentă, care se întinde pe o perioadă de aproape

10 ani. Un nou puseu de creştere se desfăşoară în perioada puberală, după care urmează o perioadă de ascendenţă lentă, pentru a se ajunge la vîrsta adultă. Este şi acesta un motiv pentru care se divide vîrsta copilăriei pe mai multe perioade.

Procesul de creştere şi dezvoltare într-o anumită perioadă nu interesează toate organele şi sistemele în mod egal. Ele prezintă ritmuri de creştere caracteristice, de unde şi apariţia pe parcursul dezvoltării copilului a disproporţiilor staturale şi a disarmoniilor funcţionale, care se şterg treptat în ansamblul dezvoltării finale.

Astfel de pildă, în timp ce sistemul nervos şi tubul digestiv se dezvoltă rapid în primii ani ai copilăriei, organele genitale se dezvoltă abia în perioada pubertăţii. Această distincţie a procesului de creştere pe organe şi sisteme, în scopul unei mai bune înţelegeri a procesului de creştere, nu trebuie să ne îndepărteze de concepţia de fond şi anume că organismul trebuie privit ca un întreg, în care diferitele aspecte ale dezvoltării se condiţionează şi se întregesc reciproc.

Finalul procesului de creştere şi dezvoltare este cîştigarea facultăţii de procreare, aceasta implicînd dezvoltarea şi maturizarea aparatului de reproducere. În legătură cu acestea este momentul să arătăm că toate funcţiunile organismului există de la naştere sau apar în perioada primilor ani ai vieţii extrauterine, cu excepţia celei de reproducere. De aceea definirea stadiului de maturitate a organismului este legată de însăşi existenţa funcţiei de reproducere.

Dar fenomenele de creştere şi dezvoltare nu pot fi separate de condiţiile în care se desfăşoară, de factorii care influenţează acest proces.

Aminteam mai sus că, creşterea este influenţată de factori exogeni şi endogeni.

Factori exogeni sînt reprezentaţi de totalitatea condiţiilor de mediu şi de viaţă ale omului în dezvoltare. Se integrează între aceştia, mediul geografic (macroclimatul, microclimatul), alimentaţia, cultura fizică, regimul educativ, cadrul psiho-cultural în general.

În privinţa rolului anotimpului în creştere şi diferenţiere, părerile nu sînt încă unanime. Se pare, de exemplu, că în lunile de iarnă se accelerează creşterea în greutate, în timp ce în lunile de vară creşterea în lungime.

Alimentaţia, care asigură elementele necesare construcţiei şi înlocuirea energiei cheltuite prin desfăşurarea proceselor biologice, este un factor absolut indispensabil. Pentru ca creşterea să se desfăşoare normal, alimentaţia trebuie să fie completă, iar repartizarea diferitelor principii alimentare trebuie să se facă în anumite proporţii.

Reducerea globală a substanţelor organice, proteide, glucide, lipide, determină mai întîi scăderea în greutate prin consumul rezervelor proprii. Dacă lipsa lor se prelungeşte, va urma şi o stagnare a creşterii în lungime, din cauza lipsei materialului plastic (substanţe proteice). Valoarea biologică a proteinelor în procesul de creştere este determinată de calitatea şi proporţia acestora în anumiţi aminoacizi indispensabili. În alimentaţie concentraţia şi proporţia acestor aminoacizi se găseşte optim exprimată în laptele de mamă şi, în general, în proteinele animale. Reţinem în concluzie necesitatea unui regim variat complet, singurul în stare să acopere nevoile organismului în plină creştere şi dezvoltare. De aici obligativitatea calculării unei anumite raţii alimentare, care să răspundă dezideratelor de mai sus atît cantitativ cît şi calitativ.

Printre factorii alimentari, mineralele ocupă un loc important, unele dintre ele avînd un net rol plastic, ca de exemplu : Ca, P, Mg, în timp ce altele au un rol catalitic al proceselor fermentative — Cu, Fe, Mn.

S-a demonstrat că dezechilibrul sanguin influenţează în mod favorabil creşterea. Regimul sărac în Na şi K împiedică creşterea, în timp ce Ca, P şi Fe au o acţiune asemănătoare unei vitamine de creştere.

Vitaminele sînt substanţe în stare să influenţeze considerabil, în doze minimale, procesul de creştere şi dezvoltare. Neputînd fi produse de organismul uman, cu excepţia vitaminei D, ele vor trebui să facă parte în mod obligatoriu din regimul alimentar. Ele acţionează, fie ca stimulatoare a anumitor procese fermentative, fie ca stimulatoare ale unor secreţii hormonale. Vitaminele A şi E sînt în strînsă corelaţie cu funcţiunea organelor genitale, vitamina B_1 cu aceea a hipofizei, iar vitamina C cu a suprarenalei.

Cercetări experimentale au adus în privinţa vitaminelor o serie de precizări. Pentru procesul de creştere şi dezvoltare, rolul principal l-ar avea vitamina A şi grupul vitaminelor B. Vitamina C favorizează procesele de asimilaţie. Vitamina D asigură menţinerea echilibrului P, Ca, deci acţionează indirect pe calea acestor minerale. În concluzie, în regimul alimentar al organismului în creştere va trebui să ţinem cont de necesităţile crescute în vitamine, ceea ce se realizează fie numai prin respectarea indicaţiilor cantitative şi calitative, fie prin adaosuri de preparate vitaminice.

Apa, reprezintă principala componentă a organismului. Cantitativ ea este cu atît mai bogată în organism, cu cît acesta este mai tînăr. Se pare că apa intervine în creştere ca vector al materialelor necesare construcţiei celulare sau ca fază de dispersie pentru coloizii proteici celulari. Setea provoacă, dacă este prelungită, oprirea atît a proce-

sului de creştere în lungime, cît şi în greutate. Deshidratarea produce chiar o scădere în greutate. În această privinţă trebuie să avem în vedere variaţiile zilnice în metabolismul apei şi să nu etichetăm drept un regim greşit, carenţat în lichide, decît prin prisma urmăririi în timp a bilanţului hidric.

Factorul alimentar participă la creştere şi dezvoltare nu numai sub raportul carenţei, ci şi al aşa-zisei „supraalimentaţii".

În acest caz, surplusul de material plastic şi energetic se depozitează, obţinîndu-se o sporire în greutate, care nu merge în paralel cu creşterea în lungime. Reversul acestei situaţii este producerea unei tulburări de nutriţie prin supraalimentaţie, urmată din contra de o scădere în greutate.

În concluzie, rolul factorului alimentar în procesul de creştere şi dezvoltare este de o importanţă covîrşitoare. Regimul alimentar al organismului în dezvoltare, va trebui să fie complet din punct de vedere cantitativ. Orice dereglare în compoziţia componentelor regimului alimentar sau în cantitatea lui, va avea ca urmare o tulburare a dezvoltării, mai întîi a greutăţii, apoi şi a taliei.

Condiţiile de viaţă, microclimatul, exercită şi ele un rol important în procesul de creştere şi dezvoltare. Cercetări statistice au demonstrat că există relaţii între datele antropometrice ale copiilor (greutate, talie) şi numărul camerelor de locuit, calitatea acestora (lumină, căldură, umezeală), numărul membrilor de familie. Astfel s-a dovedit că, copii care locuiesc în condiţii mizere, camere friguroase, întunecate, prost aerisite, umede, sînt depăşiţi de copii de aceeaşi grupă de vîrstă cu 4—5 cm în înălţime şi 3—5 kg în greutate. În această ordine de idei dezvoltarea copiilor este un indicator preţios al condiţiilor economice, sociale şi igienice ale populaţiei.

Factorii endogeni — ocupă un loc tot atît de important în procesul de creştere şi dezvoltare.

Astfel intervin în acest proces glandele cu secreţie internă, rolul important aparţinînd hipofizei, tiroidei şi gonadelor.

Hipofiza acţionează în primul rînd prin hormonul somatotrop cu efect de creştere asupra tuturor ţesuturilor, încetarea acţiunii acestui hormon producînd oprirea procesului de creştere. Aceasta se întîmplă în mod fiziologic în perioada puberală cînd intră în acţiune hormonul gonadotrop, care determină un puseu rapid de creştere a organelor genitale, dar inhibă creşterea somatică. Sinergică cu hipofiza este tiroida. De fapt insuficienţa tiroidiană se manifestă prin tulburări de dezvoltare, atît staturale cît şi a funcţiunii genitale, psihice etc.

Gonadele acţionează oarecum antagonist hipofizei în procesul de creştere. Începutul activităţii gonadice, cu apariţia secreţiei folicu-

linice, marchează apusul perioadei de creştere, avînd în schimb ca efect dezvoltarea aparatului de reproducere.

Dar creşterea mai poate fi influenţată şi de o serie întreagă de factori patologici. Astfel sînt infecţiile acute şi cronice grave, intoxicaţiile prelungite, tulburările de nutriţie acute şi cronice, tulburările endocrine, malformaţiile congenitale (cardiace, renale), afecţiunile organice ale sistemului nervos.

Din enumerarea factorilor care participă la creştere şi o influenţează în mod pozitiv sau negativ, vedem încă o dată cît de complex este acest proces şi cît de variate sînt posibilităţile lui de reglare. Am văzut că condiţia esenţială a unei dezvoltări armonioase este conlucrarea armonioasă a unor factori exogeni şi endogeni.

Creşterea în lungime : este un element important în aprecierea creşterii, fiind mai puţin influenţată de stările patologice, constituind cel mai preţios indiciu al creşterii scheletice. În cazuri patologice, cînd este interesată creşterea în greutate, creşterea staturală continuă în mod normal. De aici aforismul că sugarul are vîrsta taliei, nu a greutăţii. Oprirea creşterii în lungime reprezintă un prognostic clar pentru cazuri de îmbolnăviri grave.

Totuşi, bolile cronice pot, în cele din urmă, să afecteze creşterea în lungime ca şi carenţele durabile alimentare şi condiţiile igienice deficitare.

Au fost stabilite tabele de creştere în lungime care pot fi caracterizate cifric, după cum urmează : în prima lună copilul creşte cu 4 cm, în lunile 2—3 cu cîte 3 cm, în luna a 4-a cu 2 cm, iar de aici încolo, pînă la 1 an, cu cîte 1 cm lunar. De la 1—2 ani talia se măreşte cu 10—12 cm anual, între 2—4 ani 10 cm anual, iar după aceea, pînă la pubertate, în medie cu 5 cm pe an. În general, la 5 ani copilul îşi dublează lungimea iar la 14 ani şi-o triplează.

Creşterea în greutate suferă fluctuaţii numeroase, greutatea corporală fiind mult mai uşor influenţată de factorii endoexogeni. Aceşti factori pot fi reduşi de fapt la îmbolnăviri şi defecte ale alimentaţiei şi igienei.

Şi în privinţa creşterii în greutate s-au stabilit anumite legi, iar pentru primul an de vîrstă s-au preconizat numeroase formule de calcul aproximativ al greutăţii copiilor.

Astfel : în primele două luni se constată o creştere zilnică de 25—30 g, următoarele 4 luni 20—25 g, în lunile 7—8 cu cîte 15—20 g, iar în ultimile 4 luni din primul an cu 10—15 g zilnic. În baza acestor cifre rezultă că în luna a 5-a sugarul îşi dublează greutatea de la naştere, iar de la 1 an şi-o triplează.

Pentru aprecierea creşterii în greutate o formulă şi mai simplă este următoarea : în primele 4 luni creşterea în greutate este de 750 g,

în următoarele 4 este 500 g lunar, iar în ultimul trimestru al primului an este de 250 g pe lună.

Fără îndoială că, față de aceste valori medii există numeroase variații, fără ca acestea să însemneze vreo deviere patologică.

Între 1—2 ani se cîștigă în greutate în medie 3 kg anual, apoi, pînă la vîrsta de 9—10 ani cîte 1 500—2 000 g anual, în jurul vîrstei prepubere a fetiței (10—11 ani) aceasta depășește în greutate pe băieți, pentru ca, la rîndul lor, să fie depășită la 14—15 ani. Pentru calcularea aproximativă a greutății copiilor se recomandă formula : $X=M+2\times n$), unde M este greutatea la un an, iar n reprezintă vîrsta în ani.

În legătură cu creșterea în greutate trebuie din nou amintit că ea suferă influențe multiple ale unor factori endo- și exogeni, într-o măsură oarecare fiind un indicator al stării de sănătate. Este însă greșit să o considerăm drept un criteriu unic de apreciere a stării de sănătate sau boală a copilului.

Lipsa de paralelism între creșterea în lungime și cea în greutate face ca raportul dintre aceștia să varieze de la an la an. Ritmul creșterii în greutate și lungime cunoaște perioade de accelerări, iar momentul apariției acestora este diferit la cele două sexe. Astfel, fetele sînt mai înalte și au greutate mai mare decît băieții între 10—15 ani, pentru ca apoi ele să fie depășite de băieți atît în privința taliei cît și a greutății.

Indicele de creștere în greutate și lungime sînt fără îndoială cei mai caracteristici pentru aprecierea creșterii dar ei nu sînt singurii (tabelul I).

Astfel, *perimetrul cranian* este considerat ca semnificativ pentru procesul creșterii și dezvoltării. Se dau în literatură următoarele valori. Media la naștere 34,5 cm, la 4 luni — 40 cm, la 7—10 luni — 44 cm, la 1 an — 46 cm, la 2—3 ani — 48 cm, la 4 —5 ani 48 cm, la 6 ani — 50 cm, la 7—10 ani — 51 cm, la 11—12 ani — 53 cm, la 13 ani — 53 cm, la 14—17 ani — 54 cm, la 20 ani — 55 cm.

Pentru *perimetrul toracic* (ne referim la cel mijlociu sau mamar) se dau următoarele valori medii : la nou-născut — 31 cm, la 4 luni — 30 cm, la 8 luni — 42 cm, la 1 an — 45 cm. După aceasta se constată o creștere diferențiată între cele două sexe. Dăm valorile pentru sexul feminin : 2 ani — 47 cm, 4 ani — 51 cm, 6 ani — 53 cm, 8 ani — 57 cm, 10 ani — 60 cm, 11 ani — 65 cm, la 14 ani 72 cm (depășesc pe băieți cu 2 cm), iar la 20 de ani 81 cm, la băieți fiind 84 cm.

Perimetrele se pot măsura în inspirație sau în expirație, diferența dintre acestea constituind „indicele respirator“, care variază cu vîrsta și mai puțin cu sexul.

TABELUL I

TABEL DE CREŞTERE
(MODIFICAT DUPĂ J. BROCK)

Vîrsta	Băieţi		Fete	
	cm	kg	cm	kg
naşterea	51,0	3,4	50,0	3,3
1 lună	53,5	4,1	52,6	4,0
2 luni	57,4	5,0	56,4	4,8
3 luni	60,4	5,8	59,4	5,5
4 luni	62,5	6,5	61,5	6,2
8 luni	69,9	8,7	68,9	8,3
1 an	75,0	10,1	74,0	9,8
2 ani	85,5	12,6	84,5	12,3
3 ani	94,3	14,1	93,3	13,8
4 ani	101,8	16,1	101,2	15,8
5 ani	108,8	18,1	108,2	17,8
6 ani	115,6	20,4	115,0	20,0
7 ani	121,8	22,8	121,2	22,6
8 ani	126,9	25,2	126,3	25,2
9 ani	131,7	27,6	131,1	27,6
10 ani	136,3	30,2	135,7	30,2
11 ani	140,5	32,9	140,6	33,0
12 ani	144,6	35,6	146,5	36,8
13 ani	149,5	39,0	151,7	41,2
14 ani	155,3	43,3	156,5	46,1
15 ani	162,2	49,1	160,3	50,6
16 ani	168,1	55,8	162,5	54,2
17 ani	171,1	59,6	163,8	56,7
18 ani	174,3	63,5	164,6	57,7

In fenomenele de creştere mai trebuie studiate şi diferitele segmente ale corpului şi rapoartele dintre ele. Creşterea în lungime se face prin alungirea trunchiului, dar mai ales prin alungirea membrelor inferioare, alungire care atinge ritmul cel mai exagerat la pubertate. Măsura creşterii în lungime a membrelor superioare se face sub forma „marii deschideri“ a braţelor, care este inferioară taliei pînă la 6 ani şi apoi mai mare.

S-a încercat definirea caracterelor morfologice la o anumită vîrstă prin stabilirea unor rapoarte complexe ale entităţilor antropometrice enumerate mai sus, dar aceasta nu a dat rezultatul scontat, ele, fiind greoaie şi avînd valabilitate numai pentru cazurile medii. Astfel, amintim coeficientul de robusticitate al lui Pignet

T—(P+Pt), unde T=talia, P=greutatea, Pt=perimetrul toracic. Se susţine că cu cît acest coeficient este mai mare, copilul este mai debil.

Pentru aprecierea stării de nutriţie se foloseşte al doilea indice al lui Ciulitkaia (circumferinţa braţului înmulţit cu 3)+circumferinţa coapsei+circumferinţa gambei—lungimea corpului. Cu cît acest indice este mai mic, nutriţia copilului este mai rea. El se apreciază în raport cu tabele medii de vîrstă.

Nu putem încheia acest capitol asupra indicilor de creştere, fără a aminti o serie de alţi indicatori mai puţin utilizaţi, cum ar fi determinarea suprafeţei corporale (Fanconi) înălţimea şezînd (Sulica-Roth), studiul radiografic al punctelor de osificare.

Din cele spuse pînă acum se pot conchide următoarele legi ale creşterii în lungime şi greutate :

— Ritmul creşterii scade cu vîrsta ;

— În ritmul creşterii se recunosc alternanţe de perioade şi stagnări, care sînt influenţate de condiţiile de mediu ale subiectului.

Pubertatea

Pubertatea este perioada de vîrstă în care se produce maturația sexuală. Ea începe o dată cu apariția primelor caractere sexuale secundare, mai precis a părului pubian și se încheie la fată cu producerea primei ovulații, iar la băiat cu prima ejaculare.

Copilul de la naștere se găsește într-o continuă adaptare la condițiile de mediu — adaptare de altfel de ajuns de dificilă. El ajunge astfel la vîrsta de 13 ani la un ușor echilibru atît psihic cît și fizic, cînd creșterea se încetinește, creierul a atins aproape dezvoltarea adultului, iar a doua dentiție se termină. Starea sănătății copilului este bună în această perioadă.

Urmează acum vîrsta pubertății, între 13—15 ani, perioadă în care vom avea o labilitate psihică și somatică și o mai mică rezistență la agresiunile externe. Deși noxele vor fi multiple, mortalitatea este mică, dar bolile pe care le fac subiecții, acum, pot lăsa uneori urme pentru toată viața. Fetițele sînt mai vulnerabile și statisticile mari arată o morbiditate mai mare pentru fetițe ca pentru băieți. Iată de ce medicii, educatorii și familia trebuie să se unească și să dea multă importanță și atenție atît problemelor de educație, cît și celor de asistență și ocrotire.

Trebuie să acordăm atenție perioadei prepuberale și puberale, pentru că nu este fără importanță dacă fetița sau băiatul fac una sau alta dintre bolile infecțioase, care pot avea repercusiuni ulterioare. Nu este fără importanță vîrsta la care este contractată boala și nici sechelele pe care le poate lăsa accidentul patologic. Astfel, rujeola, varicela, scarlatina, tusea convulsivă, difteria, parotidita sînt frecvent întîlnite în antecedentele patologice ale tinerilor, cu repercusiuni asupra dezvoltării ulterioare.

Dezvoltarea prepuberală

De la naștere și pînă la 20—25 de ani, creșterea organismului este continuă, dar nu în același ritm.

Creşterea se face rapid în perioada embrionară şi fetală, de asemenea rapid în prima copilărie, mai încet în a doua copilărie (6—12 ani) şi din nou rapid în prepubertate. Odată cu pubertatea datele de somatometrie arată că se opreşte creşterea în lungime.

În prepubertate se alungesc mult membrele inferioare, motiv pentru care tinerii pre şi post-puberali ne apar cu un aspect somatic disarmonios, slabi, alungiţi, cu perimetrul toracic mic. În această perioadă pot apărea tulburări osteo-articulare (picior plat, deformaţii ale coloanei vertebrale).

Dezvoltarea somatică în general a diferitelor aparate şi sisteme — deci şi a aparatului genital — se face în cursul primei şi celei de a doua copilării, printr-un complex de influenţe endocrine şi nervoase. Astfel hipofiza intervine în primul rînd prin hormonul somatotrop, hormonul de creştere. Tiroida intervine pe al doilea plan de creştere. Excesul de hormoni tiroidieni opreşte însă creşterea, de asemenea şi deficitul în hormoni. Glandele sexuale influenţează şi ele creşterea. Se cunoaşte eunucoidismul masculin, ca defect al castrării. Castrarea în cursul celei de a doua copilării produce întîrzierea în creştere cu lipsa puseului prepuberal, neosificarea cartilajelor, alungirea oaselor lungi. Excesul de hormoni sexuali în a doua copilărie va produce oprirea creşterii şi scurtarea membrelor.

Timusul ar inhiba creşterea după unii cercetători, dar fenomenele corelative pe care le ocazionează nu sînt precis cunoscute. Suprarenalele şi epifiza au mai mult rol indirect în creştere de-a lungul celei de a doua copilării. Rolul sistemului nervos în funcţia aparatului genital şi a funcţiunilor de reproducere în general este dovedit prin fapte experimentale şi clinice.

Constituţia pubertăţii

Criteriul de bază în studiul biotipului este cel morfologic, pentru că este mai accesibil şi mai constant.

Se deosebesc următoarele tipuri morfologice :

— tipul scurt şi larg ; picnic, digestiv ;

— tipul mijlociu ; atletic, muscular ;

— tipul înalt şi îngust ; leptosom, respirator cerebral.

Am văzut că atît la femeie cît şi la bărbat, în perioada pubertăţii, creşterea se încetineşte pentru ca apoi, după cîţiva ani, să înceteze.

La pubertate atît băieţii cît şi fetiţele suferă unele modificări ce formează caracterele sexuale secundare. Creşterea prepuberală se face în perioade diferite la cele două sexe. Încă Geoffroy Saint

Hillaire a formulat legea după care există o opoziţie între creşterea organelor şi dezvoltarea structurii lor, şi anume că organele funcţionează mai prost atunci cînd cresc şi se produc modificări fiziologice şi pot avea repercusiuni asupra stării generale.

La nivelul craniului creşterea prepuberală este destul de pronunţată. În jurul vîrstei de 12—14 ani creierul creşte şi ajunge la cea mai mare greutate spre 15—16 ani.

Înainte de pubertate creşterea este în primul rînd osoasă, în cursul pubertăţii şi după aceea mai mult musculară. Creşterea în lungime şi grosime nu se face paralel, ci alternativ, atît la fete cît şi la băieţi, creşterea în înălţime precedînd pe cea în greutate. Creşterea în înălţime este rapidă pentru fete între 12—13 ani. Tot acum se pronunţă lărgimea şoldurilor, scheletul lor este mai slab şi creierul mai mic ca al băieţilor, muşchii mai moi, formele în general mai fine, depozitul de grăsime mai pronunţat în partea superioară a coapsei şi la şezut, vocea mai înaltă şi căldura corporală mai mare.

Datele antropometrice arată că în perioada 12—15 ani există o creştere mai accentuată la băieţi. Faza prepuberală prezintă o creştere accelerată la toate segmentele corpului şi la toate organele, creştere care depăşeşte cu mult ritmul din copilărie, precum şi pe cel din adolescenţă. Aspectul exterior al prepuberului şi al puberului este incomplet — provizoriu.

Fenomenul principal al pubertăţii este maturaţia sexuală care se produce paralel cu creşterea şi dezvoltarea generală, fiind determinată de aceeaşi factori, rolul hotărîtor avîndu-l hormonii sexuali.

Începutul şi durata perioadei pubertare depinde de factorii ereditari, de constituţia fizică şi de condiţiile de mediu (alimentaţie, climă etc.) Ea diferă la băieţi şi fetiţe.

Pubertatea la băieţi

Pubertatea la băiat cuprinde procesele multiple care duc la maturaţia sexuală de tip masculin. Aceste procese vizează pe lîngă creşterea şi dezvoltarea generală, modificările ce definesc caracterele sexuale primare, secundare şi terţiare. Modificările se petrec treptat, începînd în general la vîrsta de 10 ani şi terminîndu-se la vîrsta de 16—17 ani. Determinarea momentului în care se instalează maturitatea sexuală la băieţi este mai dificilă decît la fete, deoarece primele ejaculări care sînt semnul acestei maturaţii trec, deobicei, neobservate.

Dezvoltarea organelor genitale şi creşterea lor se face neuniform.

Intrauterin, pînă în luna a VII-a cresc încet, dar, în ultimile două luni ale sarcinii, se produce un puseu accentuat de creştere. Testicu-

lii, care se dezvoltă în cavitatea abdominală, vor începe să descindă în scrot, astfel că la naştere ei vor fi prezenţi în mod normal la acest nivel. În unele situaţii această progresiune a testiculilor poate fi oprită, caz în care ei pot lipsi uni- sau bilateral din scrot. Se vorbeşte atunci despre ectopie testiculară.

După naştere, în anii ce urmează, prin urmare în perioada „neutră" din punct de vedere sexual, organele genitale vor creşte treptat, încă mai încet decît celelalte organe ale corpului.

În jurul vîrstei de 10 ani, încep să se producă primele modificări în sfera genitală. Astfel între 10—11 ani, la majoritatea băieţilor se poate observa începerea creşterii mai pronunţată a penisului şi a testiculelor. La vîrsta de 12 ani începe să crească laringele, care, la sfîrşitul dezvoltării, va proemina pe faţa anterioară a gîtului (mărul lui Adam). La 13 ani, continuă să crească testiculele şi penisul şi apare pilozitatea pubiană. Aceasta constituie de fapt primul semn evident care atrage atenţia asupra faptului că băiatul a intrat în perioada pubertară (de unde derivă şi denumirea — puber — pubere — păr, a se acoperi de păr). La început această pilozitate va fi bine delimitată ca la femei, motiv pentru care se vorbeşte de o pilozitate pubiană de tip feminin. În jurul vîrstei de 14 ani, începe schimbarea vocii : din vocea de copil se va forma vocea de adult, producîndu-se „îngroşarea" ei. Acest fenomen este strîns legat de lărgirea şi proeminarea laringelui. Totodată se poate observa o tumefiere a glandelor mamare, care însă este trecătoare. Ea poate avea uneori dimensiuni apreciabile dînd o senzaţie de tensiune locală. Această tumefiere se numeşte ginecomastie pubertară.

Aproximativ la 15 ani se produce pigmentarea scrotului, care va primi o culoare mai închisă decît restul tegumentelor. Începe să apară pilozitatea axilară şi mustaţa. Deobicei la această vîrstă intră în funcţie spermatogeneza. Erecţii spontane ale penisului se opt observa şi înaintea apariţiei acestei funcţii, în copilărie. O dată cu intrarea în activitate a liniei seminale, erecţiile vor apărea mai frecvent şi încep să se producă la stimuli sexuali specifici. Uneori erecţiile pot fi urmate de eliminarea spermatozoizilor. Deoarece aceasta are loc deobicei noaptea se vorbeşte despre ejaculare nocturnă (poluţiune). Apariţia primei ejaculări este semnul precis al maturaţiei sexuale. Cum am mai amintit ea trece deobicei neobservată. Aceste ejaculări se vor produce de acum încolo la intervale diferite (1—2 pe lună) permiţînd astfel reînnoirea continuă a spermatozoizilor. Ele sînt un fenomen cu totul normal şi vor persista pînă la începerea unei activităţi genitale reglementate.

La 16—17 ani, continuă să crească pilozitatea feţei, apare pilozitate şi în alte părţi ale corpului (pe membre, piept etc) şi pilozitatea pubiană se extinde la nivelul abdomenului, conturul ei fiind şters. Astfel ea primeşte aspectul pilozităţii pubiene de tip masculin.

În această perioadă pot apărea la nivelul feţei şi pe spate mici papule roşii, care se pot transforma în pustule (elevaţiuni ale pielii cu puroi). Este vorba de o afecţiune specifică pubertăţii şi adolescenţei — aşa-numită acnee juvenilă. La producerea ei sînt încriminaţi o serie de factori de ordin hormonal, microbieni, alimentari, igienici etc. Afecţiunea se exacerbează mai ales iarna pentru a se ameliora foarte mult vara, prin expunere la soare. Ea dispare deobicei spontan după 3—4 ani. În rare cazuri ea poate persista sau pustulele sînt atît de numeroase încît este nevoie de un tratament special într-un serviciu de dermatologie.

Aceasta ar fi, pe scurt, ordinea instalării caracterelor sexuale secundare. Desigur, în această ordine se pot întîlni numeroase devieri în limite normale. La unii băieţi pilozitatea pubiană sau chiar mustaţa apar înaintea dezvoltării organelor genitale. Invers, şi mai frecvent, pilozitatea apare abia după dezvoltarea aproape completă a organelor genitale.

Concomitent cu istalarea pilozităţii, glandele sudoripare, mai cu seamă cele din regiunea axilară şi inghinală, încep să funcţioneze în mod exagerat, secreţia sudorală prezentînd un miros neplăcut, pătrunzător.

În acest interval apar de asemenea şi cracatere sexuale terţiare : impulsul sexual începe să se contureze, fiind mai exprimat decît la fete ; intelectul începe să domine asupra sensibilităţii şi sentimentelor, comportamentul faţă de anturaj este activ.

Prin urmare, în această perioadă se definitivează aspectul exterior al individului. La sfîrşitul creşterii în lungime la aproximativ 23—25 de ani) adolescentul va avea următoarele caracteristici constituţionale specifice masculine : umerii sînt mai laţi decît bazinul; coapsele se alungesc în dauna trunchiului : bărbatul are un trunchi scurt faţă de membrele inferioare. Coapsele nu se ating pe faţa lor internă, lăsînd un spaţiu liber cînd se alipesc picioarele. Predomină musculatura, ţesutul grăsos fiind slab reprezentat. Laringele proemină, vocea fiind „îngroşată". Pielea este acoperită de pilozitate, pe faţă este prezentă barba. Pilozitatea pubiană se extinde fără limită precisă asupra abdomenului.

Din punct de vedere funcţional, în această perioadă începe spermatogeneza, făcîndu-l pe individ apt de reproducere.

Pubertatea la fete

Pubertatea nu este o dată fixă în viaţa fetiţei, aceea a primei menstruaţii, ea este o perioadă evolutivă ce se situează în timp între copilărie şi vîrsta adultă. La sexul feminin pubertatea este perioada în care ovarul intră în activitate. Tot în această perioadă apar sau se accentuează caracterele sexuale.

Pubertatea se caracterizează prin modificări profunde : genitale-viscerale în morfologia genitală şi psiho-morale. În această perioadă se definesc bine :

— caracterele sexuale primare, vulva se orientează în jos, se dezvoltă aparatul erectil, se dezvoltă glandele lui Bartholin, vaginul se alungeşte şi capătă o reacţie acidă ;

— caracterele sexuale secundare (talia creşte, membrele se alungesc, pelvisul se lăţeşte, grăsimea se depune mai ales la şolduri, sînii se tumefiază, apar perii pubieni şi axiliari) ;

— caracterele sexuale terţiare (emotivitatea, sensibilitatea, imaginaţia, apare impulsul sexual, dar nu aşa de brutal la fetiţe ca la băieţi).

Acest complex de modificări este condiţionat de glandele endocrine, dirijate de sistemul nervos şi faza aceasta în care se instalează un nou echilibru neuroendocrin este o fază de fragilitate deosebită în viaţa fetiţei.

Înainte de instalarea pubertăţii avem o perioadă cînd fenomenele de creştere sînt mai accentuate. Este ultimul puseu mare de creştere urmat, după pubertate, de o încetinire.

Pubertatea începe cu apariţia perilor pubieni. După un an apar perii axilari şi prima menstruaţie. Perioada în care se petrec fenomenele puberale se situează între 13—15 ani, cu o anumită elasticitate. La fetiţe mai de timpuriu decît la băieţi în zonele mai calde mai repede ca în cele reci. O serie de factori influenţează apariţia pubertăţii : fetiţele de la oraş sînt pubere mai de timpuriu ca cele de la sate, în climatul cald mai repede ca în acel rece. În Franţa cel mai mare număr de fetiţe au prima menstruaţie între 12—14 ani. În Finlanda maximul este în jurul vîrstei de 15 ani, apoi curba scade lent, prelungindu-se pînă la 20 de ani. În India maximul este de 12 ani. În ţările din Europa centrală apariţia primei menstruaţii se produce între 13—15 ani in majoritatea cazurilor.

În copilărie fetiţei pînă la 12—13 ani, organele genitale nu-i dau nici un semn de funcţionare, cresc şi ele pe măsură ce creşte corpul întreg, mai încet însă.

Iată cum se vor dezvolta caracterele sexuale primare :

— *Vaginul.* La fetițele nou-născute și în prima copilărie, vezica urinară este situată sus, mult deasupra bolții vaginale. Vaginul este aproape vertical și posterior se mărginește cu rectul, care este și el vertical. Vezica urinară și organele din bazin coboară cu vîrsta și ea ajunge în contact cu vaginul, schimbîndu-se și orientarea lui care din verticală devine ușor oblică.

Pereții vaginului la fetița în creștere sînt lipiți unul de altul pentru ca musculatura din peretele lui este foarte slabă.

Mucoasa în prima și a doua copilărie este palidă, gălbuie cu puține cute. Rețeaua vasculară a vaginului, de asemenea, este slabă pînă la 7—8 ani.

— *Uterul.* Din luna a VII-a a vieții intrauterine, uterul crește rapid, colul ajunge de două ori mai lung decît corpul uterin. După naștere și la finele primului an de viață uterul regresează, ajungînd la valorile pe care le avea în luna a VII-a a vieții intrauterine și abia la 9—10 ani ajunge din nou la dimensiunile nou-născutei. După vîrsta de 10 ani, creșterea se accelerează în contul corpului, forma schimbîndu-se, luînd aspect de pară.

— *Trompele.* La naștere sînt lungi, sinuoase și cu un canal foarte îngust, cu puțină musculatură. Între 5—7 ani ele se lărgesc.

— *Ovarele.* La fetița nou-născută ovarele sînt alungite, înguste, turtit-cilindrice, fusiforme sau piramidale. Suprafața ovarului este netedă pînă la 8—10 ani, albicioasă, găsindu-se uneori la acest nivel mici vezicule albicioase pline cu un lichid limpede — foliculi. Ovarele cresc treptat și ajung la forma de migdală după 10 ani. Numărul foliculilor este la naștere de 36—40 de mii el scăzînd pînă la vîrsta de 14 ani la 16 mii.

Trebuie să reamintim faptul că foliculul este sediul de maturare a ovulului. Prin urmare fetița intră în perioada de activitate sexuală cu un număr fix de celule sexuale din care va fi expulzat lunar doar un ovul în timpul perioadei de activitate sexuală. Spre deosebire de testicule care încep să producă celule sexuale de abia la pubertate și într-un număr enorm de mare, ovarul conține la naștere un număr fix de ovule.

Somatic pînă la începutul celei de a doua copilării după 6 ani, fetițele nu se deosebesc de băieți. După această vîrstă însă, apar deosebiri — formele sînt mai rotunjite la fetițe — băieții sînt mai musculoși. Mai cu seamă în jurul vîrstei de 9 ani se produce lățirea bazinului, ce are ca urmare rotunjirea șoldurilor.

Sînii se dezvoltă abia la 10—12 ani, cînd cresc mameloanele. Sînul apare acum ca o calotă de 10 cm^3 și gros de 5—6 cm. Antiumerul stîng cu sînul stîng este uneori mai dezvoltat.

Perii pubieni încep să crească la fetițe după 12 ani și au la început gruparea caracteristică sexului — se termină în plan orizontal. Totodată cu această vîrstă începe dezvoltarea organelor genitale atît externe cît și a celor interne.

În jurul vîrstei de 14 ani apare de obicei prima menstruație. Aceasta este anunțată de o serie de simptome : apare o scurgere vaginală albicioasă (leucoree), periodică, chiar pătată cu puțin sînge, senzație de greutate, dureri în abdomenul inferior și bazin, care se confundă adeseori cu apendicita.

La început menstruația survine la intervale neregulate. Dar după cîteva cicluri se va stabili o anumită ritmicitate.

Perii axilari vor crește la fetițe mai tîrziu, abia după prima menstruație.

La vîrsta de 15 ani, se produc modificări evidente ale bazinului. Între 16—17 ani, menstruația devine regulată.

În această perioadă poate apărea și la fete acneea. Ea are aceeași semnificație și același aspect ca la băieți.

Spre deosebire de bărbat, aspectul somatic al femeii adulte este următorul : înălțimea corpului este mai mică ; sistemul osos este mai fragil, doar bazinul fiind mai lat, diametrul lui depășește pe cel al umerilor ; trunchiul este mai lung față de coapse ; coapsele se ating pe fața lor internă ; masivul facial se dezvoltă mai puțin, fața avînd o expresie uneori copilărească ; musculatura scheletică se dezvoltă mai puțin, în schimb țesutul grăsos este bine reprezentat ; laringele crește mai puțin, încît vocea rămîne „deschisă" ; pielea este acoperită cu fire fine de păr ; pilozitatea pubiană este net delimitată (pilozitate de tip feminin) și acoperă doar pubele (muntele lui Venus) ; la nivelul toracelui anterior se dezvoltă sînii.

În cadrul caracterelor sexuale terțiare tipice feminine predomină sentimentele și instinctele.

Variații ale dezvoltării pubertare

Momentul maturării sexuale și ordinea de apariție a diferitelor caractere sexuale secundare pot fi variabile. Pe lîngă aceste variații există unele modificări particulare, care se pot integra încă în variațiile normale, fiziologice ale dezvoltării pubertare.

Astfel, la fetița mică se pot dezvolta înainte de vreme glandele mamare, neînsoțite de alte semne de maturare. Mărimea glandei mamare variază de la dimensiunea unei alune pînă la aceea a unei prune și regresează de multe ori spontan, în decurs de cîteva luni sau cîțiva ani. Apariția precoce a pilozității pubiene se întîlnește pre-

ponderent la fetiţe. Ambele modificări sînt urmate ulterior de o dezvoltare pubertară normală.

La mulţi băieţi se constată în prepubertate şi la începutul pubertăţii unele trăsături feminine în ceea ce priveşte tipul fizic. Acestea sînt de asemenea trecătoare, de multe ori fiind vorba doar de o persistenţă a trăsăturilor copilului. Astfel, în cazul obezităţii din perioada pubertară, dezvoltarea testiculelor şi a caracterelor sexuale secundare, este mult întîrziată, ajungînd însă să fie complet recuperată în adolescenţă. Mai rar se observă la fetiţe semne masculine, ca apariţia, trecătoare, de mustaţă sau coborîrea timbrului vocal.

Reamintim, că toate aceste modificări sînt trecătoare şi vor fi urmate de o dezvoltare normală, armonioasă.

Patologia maturării sexuale

În mod anormal, avînd la bază o cauză patologică, pubertatea apare mai devreme sau mai tardiv.

Se numeşte pubertate precoce situaţia în care maturarea sexuală se instalează la fetiţe înaintea vîrstei de 8 ani, iar la băieţi înainte de 10 ani. Această tulburare apare mai frecvent la fetiţe. Cînd pubertatea precoce este completă, adică pe lîngă modificările somatice specifice pubertăţii, apare şi ovulaţia, respectiv spermatogeneza, se vorbeşte despre o pubertate precoce adevărată. Alteori apar doar caracterele sexuale secundare, fără ca să se instaleze ovulaţia sau spermatogeneza ; este vorba deci despre o falsă pubertate sau o pseudopubertate precoce.

Mult mai frecventă decît pubertatea precoce este pubertatea tardivă (infantilism trecător), asociată de cele mai multe ori cu o întîrziere generală în dezvoltare. Aceasta este frecvent de origine constituţională, familială şi, mai rar, este urmarea unor condiţii igienice deficitare şi a unei alimentaţii carenţate. Întîrzierea se recuperează de obicei în decursul anilor. Ea se întîlneşte mai frecvent la băieţi, care în tot cursul dezvoltării lor s-au situat cu cîţiva ani sub media de vîrstă corespunzătoare.

Se vorbeşte despre menstruaţia tardivă, în situaţia în care menstruaţia se instalează după vîrsta de 18 ani. Ea poate avea la bază o boală cronică. Dacă totuşi nu este vorba de o boală, menstruaţia poate fi declanşată uneori prin tratament hormonal. În unele situaţii, după o primă menstruaţie, nu vor mai apărea un timp mai lung sau mai scurt alte cicluri (amenoree). Cauzele amenoreii pot fi de natură psihică, cum ar fi plecarea unei fete din casa părintească într-un mediu nou sau de ordin fizic, de exemplu, boli cronice.

Spre deosebire de această formă trecătoare a infantilismului, există şi forme de inflatilism permanent. Ele se manifestă după vîrsta de 15 ani, prin lipsa semnelor prepuberale şi puberale. În producerea lor figurează funcţia deficitară a glandelor cu secreţie internă, în special cea a hipofizei. Creşterea se opreşte înainte de pubertate, lipseşte dezvoltarea organelor genitale şi al caracterelor sexuale secundare. La fetiţe apare amenoree primitivă sau, în formele uşoare, doar unele tulburări mai atenuate ale menstruaţiei. Adeseori survine infantilismul genital fără infantilism corporal.

În timpul pubertăţii, pot apărea şi alte tulburări ale ciclului menstrual. Dacă menstruaţia durează mai mult de 7 zile şi este urmată de slăbiciune, ea trebuie considerată ca patologică. Cauza poate fi o boală generală, o tumoare a căilor genitale sau un corp străin vaginal. De cele mai multe ori va fi vorba despre o disfuncţie hormonală. În toate aceste situaţii este bine să se ceară sfatul unui medic ginecolog.

Elemente de sexologie

Activitatea sexuală a omului cuprinde două laturi şi anume : activitatea genitală (sexuală propriu-zisă) şi funcţia de reproducere.

La animale aceste două laturi se suprapun, adică activitatea genitală va fi totdeauna urmată de reproducerea speciei. La om această activitate are o semnificaţie mai adîncă. Dacă ea include pe de o parte reproducerea, pe de altă parte ea implică nişte relaţii aparte între doi oameni de sex diferit, care, simplu exprimat, sînt relaţii de simpatie.

Activitatea sexuală a omului este un fenomen complex, cu multiple aspecte : biologice, psihice, morale, etice şi altele. Ea constituie o parte din existenţa individului, cu un pronunţat aspect social : perpetuarea speciei umane.

Activitatea genitală este formată din două laturi : impulsul sexual şi realizarea sexuală (coitul, contactul sexual).

Acesta din urmă poate avea ca urmare unirea celor două celule sexuale, spermatozoidul şi ovulul, unire din care va rezulta un individ nou.

Impulsul sexual (simţul genital, libidoul)

Procesul vechi negrăit al evoluţiei le-a asigurat animalelor o mare protecţie, făcînd plăcute funcţiile vitale : este plăcut să mănînci, să bei, să dormi şi să fecundezi. Această plăcere pe care ţi-o dă sexul se numeşte libido (impuls sexual).

Sînt atît de strîns legate plăcerea sexuală şi reproducerea, încît celulele sexuale care se unesc pentru a forma embrionul şi hormonii sexuali ce determină dorinţa de fuzionare sînt produse de unul şi acelaşi organ : ovarul la femei şi testiculul la bărbat.

Nu se poate vorbi de impuls sexual la formele primitive şi simple de metazoare, la care eliminarea celulelor de reproducere în mediul înconjurător este un proces pasiv, indiferent la excitaţii.

O cooperare a sexelor în vederea fecundării nu presupune neapărat căutarea lor reciprocă ; este suficientă eliminarea sincronă a celulelor sexuale.

O dată cu evoluţia vieţuitoarelor un complex de organe de simţ, nervi, glande cu secreţie internă etc. au fost puse în slujba fecundării. Prezenţa sexului opus produce o excitaţie sexuală. Apropierea celor două sexe în vederea procreării este însoţită de un şir de fenomene foarte complicate. Copulaţia propriu-zisă este precedată de manifestări erotice din partea ambelor sexe, care au ca scop apropierea fizică şi psihică dintre parteneri, în vederea indeplinirii actului sexual.

Impulsul sexual se dezvoltă pe măsură ce ovarul şi testiculul intră în funcţiune, rezultatul fiind secreţia de hormoni cu o dezvoltare normală a organelor genitale. Dezvoltaţi şi erotizaţi de către hormoni, centrii nervoşi acţionează, permiţînd păstrarea senzaţiilor sexuale şi după menopauză.

La realizarea apropierii sexuale îşi aduc aportul excitaţii de tot felul. Mecanismul de semnalizare a sexelor este legat la unele insecte de emisia de unde electromagnetice (infraroşii la fluturi, luminoase la licurici), la unele mamifere (mosc, cervidee) de miros. Emisia sonoră are un rol evident la broaşte şi multe dintre păsări, iar văzul este principalul organ de simţ în recunoaşterea şi selecţia partenerului la animalele superioare, explicînd semnificaţia biologică a dezvoltării unor caractere sexuale secundare (parada masculilor la unele păsări).

La om, naşterea impulsului sexual, al libidoului, este strîns legată de maturaţia sexuală. Deci o dată cu aceasta, apare şi dorinţa de a practica activitatea sexuală.

Aşa cum maturaţia sexuală este un proces progresiv, tot aşa şi impulsul sexual se va dezvolta treptat, fiind, la început, orientat difuz şi nu strict spre realizarea sexuală. Impulsul sexual este declanşat de factori hormonali, dintre care rolul cel mai important îl au hormonii sexuali. Ulterior se vor asocia la aceşti excitanţi hormonali cei senzoriali şi psihici. Factorii hormonali dau un fond permanent şi difuz de „tensiune" sexuală. După o anumită experienţă sexuală vor apărea impresiile senzoriale şi psihice, care produc „maturarea" impulsului, orientîndu-l spre realizarea sexuală. Maturarea sexuală se desăvîrşeşte în jurul vîrstei de 30 de ani.

Baza hormonală a impulsului sexual asigură activitatea sexuală a individului în general. Faptul că individul se simte atras de o anumită persoană, că are dorinţa să intre în relaţii cu ea, este determinat de excitanţii senzoriali şi psihici ai impulsului.

Excitanţii psihici derivă din caracterul sau comportamentul general al omului. Este vorba de obicei de trăsături specifice de sex, cum ar fi dorinţa bărbatului de a o apăra pe femeie şi a femeii de a fi apărată. Dar şi alte trăsături, nelegate de sex, grad de inteligenţă,

stimă față de o anumită persoană, amabilitatea etc. pot constitui astfel de excitanți. Acești excitanți psihici transformă impulsul sexual în dragoste.

Cu ajutorul organelor de simț omul culege excitanții senzoriali. Ei domină în timpul adolescenței, adolescentul își alege prietenia în primul rînd după astfel de criterii. Va fi preferat acel partener care „emite" cele mai multe excitații senzoriale. Rolul lor este important și, mai tîrziu, ele mijlocesc relațiile sexuale între doi oameni.

De obicei primele impresii pe care le furnizează un individ parvin pe calea analizatorului vizual. Auzim deseori exclamînd adolescenții : „am văzut o tipă", respectiv „un tip...". Relațiile de simpatie dintre adolescenți se bazează în primul rînd pe aceste impresii. Trăsăturile feței, conformația corpului, îmbrăcămintea, coafura, mersul, mimica, gesticulația etc. sînt hotărîtoare.

Ca importanță urmează excitanții tactili. Ei joacă un rol deosebit în producerea excitației sexuale. Printre aceștia se numără excitațiile pornite de la așa-numitele „zone erogene", adică diferitele puncte ale corpului, care, prin atingere, cresc excitația sexuală. Zone erogene sînt : organele genitale, coapsele, fesele, sînii, buzele, palmele. În general, putem spune că orice punct al corpului poate deveni zonă erogenă.

Excitațiile auditive, mai ales vocea, timbrul, intonația cuvintelor, constituie de asemenea elemente ale impulsului sexual.

Mirosul și gustul sînt de mai mică importanță la om în raport cu semnificația lor la animele, care în perioadele de activitate sexuală se atrag în primul rînd prin mirosuri specifice. Orice om, chiar în condiții de igienă perfectă, emană un miros specific, care poate deveni un mijloc de atracție. Putem spune că întreaga producție de parfumuri se bazează pe această constatare.

Rezumînd cele arătate se poate spune că prima fază a activității sexuale o constituie impulsul sexual, forța care atrage doi indivizi de sex opus. Acesta este determinat organic de excitanți hormonali, la care se adaugă excitanții senzoriali și psihici.

În aceasta constă, prin urmare, aspectul biologic al realizării sexuale. Accentuăm însă că orice contact sexual își are nota sa strict personală la fiecare cuplu. Orice coit este trăit ca fenomen unic și fiecare fază are alt aspect. Variațiile în acest domeniu constituie baza de atracție dintre cei doi parteneri.

O serie de tulburări, fie locale (inflamații, malformații), fie hormonale sau procese psihice, pot tulbura actul sexual. Apar dureri sau contracții spasmodice ale penisului și vaginului, modificări care fac actul neplăcut, dificil. Uneori este posibilă copulația, dar dispar senzațiile de plăcere, de voluptate, care însoțesc în mod obișnuit acest

act fiziologic. Mai rare sînt cazurile unde un simţ genital este exagerat şi determină adevărate boli psihice.

Durata actului sexual poate varia (după individ, vîrstă, situaţie etc.) de la cîteva secunde pînă la o oră. De obicei durata este minutul. Ejacularea apare la 2—10 minute după intromisiune (la 75% dintre bărbaţi apare la maximum 2 minute). Dintre mamifere la rumegătoare este minimă : se măsoară în minute la porc şi în ore la urside şi la canguri.

Contactul sexual (realizarea sexuală)

Am văzut ce înseamnă impuls sexual, ce componente are şi că constituie forţa motrică în viaţa sexuală. Dacă acest impuls atinge un anumit grad de maturaţie, el va fi orientat spre realizarea sexuală, adică spre activitatea sexuală propriu-zisă. Prin contact sexual (coit) normal, înţelegem acea relaţie dintre doi oameni maturaţi sexual, de sexe diferite, îndreptat spre satisfacţia sexuală care, la depăşirea unui anumit nivel de excitaţie, se termină prin ejacularea spermatozoizilor, în vagin, concomitent cu declanşarea senzaţiei de satisfacţie, de plăcere, aşa-numitul orgasm.

Realizarea sexuală are de asemenea mai multe faze, care sporesc excitaţiile pînă la culminarea ei în orgasm, pentru a descreşte apoi rapid.

În general se admit următoarele faze :

— Prima fază **preludiul**, începe o dată cu apariţia primelor semne de atracţie reciprocă. Enumerăm ca elemente componente ale acestei faze : discuţia dintre cei doi parteneri al cărei conţinut principal îl constituie dragostea, dansul prin apropierea fizică şi ritm, cochetărie etc., preocupări ce au ca scop atragerea partenerului. Această fază are caracterul unei excitaţii psihice ; în această fază apar modificări funcţionale : accelerarea respiraţiei, a bătăilor inimii etc. Este faza care constituie pregătirea fazelor următoare.

— După realizarea atracţiei reciproce dintre cei doi parteneri, urmează o a doua fază a **jocurilor erotice** (excitaţia sexuală precopulatoare). În cadrul acesteia senzaţiile tactile au rolul cel mai important în creşterea excitaţiei sexuale. Este vorba de acele excitaţii care pornesc de la zonele erogene amintite. Această fază începe de obicei prin sărut, urmînd apoi atingerea diferitelor zone erogene, astfel că la sfîrşitul perioadei, se atinge acel nivel de excitaţie care permite trecerea la faza următoare.

Dacă apropierea urmează unei dorinţe puternice, fiecare porţiune din suprafaţa corpului este o puternică zonă erogenă.

Aceste două faze reprezintă, de fapt, manifestarea concretă a impulsului sexual.

Dar foarte deseori fazele de preludii şi de excitaţii precopulatorii sînt neglijate sau devin obişnuinţă în căsătoriile de mai multă vreme. Bărbatul este în general mai uşor excitabil decît femeia, de aceea suprimarea sau restrîngerea acestor faze are consecinţe negative pentru femeie (dispareunie, frigiditate, nevroză sexuală). Lipsa acestor preludii scade nivelul spiritual al dragostei, este un act de desconsiderare faţă de parteneră, un act neinteligent, care sărăceşte posibilităţile de trăire pe care le oferă sexualitatea.

În această fază se produce erecţia penisului la bărbat şi a clitorisului la femeie, ca o consecinţă a fenomenelor vasomotorii ale zonei genitale. Erecţia se poate produce şi în afara excitaţiilor sexuale psihice, pe cale reflexă, prin incitaţii locale (chiar şi la nou-născut).

La bărbat erecţia înseamnă : alungirea, îngroşarea, întărirea, ridicarea şi curbarea penisului. Ca medie dimensională se poate lua lungimea de 14—17 cm (dela simfiză la vîrf) şi 12 cm circumferinţă. În timpul unei excitaţii erotice erecţia penisului poate fi menţinută în adolescenţă pînă la 1 oră şi 10 minute la 60—65 de ani.

La femeie clitorisul şi bulbii vaginali îşi măresc volumul şi sensibilitatea. În acelaşi timp se produce şi o contracţie involuntară a muşchilor din zona genitală, care favorizează erecţia clitorisului şi provoacă golirea glandelor (Bartholin) de la nivelul labiilor, care, prin secreţia lor, favorizează pătrunderea penisului în vagin.

— Dacă excitaţia continuă, se trece la faza următoare, la **coitul propriu-zis** (copulaţia). Pentru realizarea contactului sexual femeia se culcă de obicei pe spate, depărtînd coapsele, iar bărbatul introduce în vagin penisul erectat, deseori cu ajutorul mîinii. Intromisiunea normală este cea intravaginală. Ea se poate face în diferite poziţii, clasică şi cea mai frecventă fiind poziţia caracteristic umană, faţă în faţă cu femeia culcată pe spate. Poziţia curentă la mamifere (a posteriori), poate fi recomandată medical, ca o încercare de a rezolva probleme de sterilitate. În cazul în care bărbatul este gras, recomandaţia medicală merge în sensul poziţiei în care bărbatul stă culcat cu faţa în sus.

Prin mişcări ritmice de du-te-vino ale penisului se produce o excitaţie crescîndă a terminaţiilor nervoase de la nivelul glandului penian şi al vaginului, ceea ce determină sporirea tot mai marcată a excitaţiei sexuale, pînă ce aceasta ajunge la punctul culminant, cînd produce aşa-numitul orgasm şi ejacularea lichidului spermatic. Testiculii vor expulza acest lichid mai întîi în uretră, de unde este împins, prin 5—7 spasme puternice, în vagin.

La femeie, au loc de asemenea contracţii spasmodice involuntare ale muşchilor genitali, întreţinute de senzaţia de plăcere, urmate de expulzia de secreţii mai abundente. În general femeia ajunge la orgasm mai repede decît bărbatul şi poate avea mai multe orgasme într-un singur act sexual.

Orgasmul este corespondentul fiziologic general psihic al ejaculării ; o senzaţie paroxistică de plăcere. Este o descărcare nervoasă bruscă la bărbat şi mai lentă la femeie. Există multe tipuri de orgasm : corpul devine rigid sau apar convulsii moderate cu oprirea respiraţiei etc. Poate dura 10 secunde — pînă la cîteva minute.

La începutul activităţii sexuale reacţia de plăcere nu se va produce concomitent la ambii parteneri, ea apărînd la femeie mai tîrziu, după terminarea contactului sexual, sau nu apare deloc. Este nevoie de o anumită experienţă a unui cuplu pentru a ajunge la o concordanţă în această privinţă, astfel ca actul sexual să producă într-adevăr reacţii de plăcere la ambii parteneri.

— Fenomenele generale din fazele anterioare se vor accentua, astfel încît la sfîrşitul perioadei va apărea o stare de oboseală, de epuizare fizică. Aceasta constituie ultima fază, **terminala,** în care are loc atenuarea fenomenelor generale cu scăderea excitaţiei mai rapide la bărbat decît la femeie. Ea dă de asemenea o senzaţie de satisfacţie, consolidînd amintirea reacţiilor de plăcere.

Ritmul activităţii sexuale

Repetarea actului sexual în cursul aceleiaşi întîlniri este posibilă la intervale ce variază de la cîteva minute la cîteva ore şi este în funcţie de potenţa bărbatului şi de interesul pentru parteneră. O astfel de repetare este favorabilă îndeosebi satisfacerii femeii.

Frecvenţa activităţii sexuale oscilează de la unul la şase raporturi sexuale pe săptămînă, cu maximum între cincisprezece şi treizecişicinci de ani.

Se pare că omul primitiv a fost mai puţin excitabil decît omul civilizat, care trăieşte într-o atmosferă impregnată de sexualitate.

Pentru unele insecte actul sexual este unic în viaţă. Pe o scară de dezvoltare superioară femela şoarecelui de casă este capabilă de un singur act sexual pe ciclu, pe cînd motanii sînt capabili de sute de copulări pe ciclu.

Încrucişarea la mamifere poate avea loc într-un anumit sezon al anului (urşi, balene) sau în cîteva perioade, izolat (pisici, cîini, iepuri).

La primate (maimuţe — oameni) încrucişarea are loc oricînd, fără restricţi sezoniere. Totuşi ea este în funcţie de dorinţa partenerilor.

Varietatea relaţiilor sexuale

Există specii la care masculul este monogam şi altele la care masculul este poligam (poligamia există şi la om). La unele specii de păsări masculul şi femela sînt legaţi împreună pentru întreaga perioadă a clocirii şi creşterii puilor, la altele sînt legaţi pe viaţă.

Sînt specii la care masculul poate copula numai cînd femela este în estru (călduri).

Prin comparaţie cu cele enumerate, omul prezintă o perioadă lungă de prematuritate sexuală, urmată de o perioadă tot lungă de fecunditate. Activitatea sa sexuală devine permanentă, neperiodică.

La unele femei actul sexual pare să fie strîns legat de ciclul menstrual, fiind mai intens imediat înainte şi după menstruaţie. Este greu de înţeles acest lucru din punct de vedere al supravieţuirii speciilor, deoarece aceste perioade sînt cele mai puţin fertile.

O altă curiozitate a comportamentului sexual al primatelor este acceptarea masculului de către femeia gravidă. În cazul tuturor celorlalte mamifere copulaţia este respinsă.

Consecinţele activităţii sexuale

Actul sexual are consecinţe variabile după specie. Consecinţele pot fi grave la unele specii, la care rostul individului se mărgineşte la asigurarea urmaşilor. Astfel la unele specii de păianjeni femela devorează masculul imediat după actul sexual sau insecta călugăriţă îşi devorează masculul chiar în timpul actului sexual.

La animalele superioare actul sexual nu prezintă un eveniment unic şi are consecinţe complexe nervoase şi endocrine.

La omul echilibrat actul sexual creează o stare de mulţumire, cu sentimente de reuşită, de împlinire. La un ritm sexual potrivit disponibilităţilor energetice ale individului, activitatea sexuală contribuie la echilibrul psiho-somatic şi la dezvoltarea personalităţii sale.

Permanenţa activităţii sexuale la om a ajutat la constituirea familiei şi la evoluţia sentimentelor.

Dezvoltarea activităţii nervoase superioare a permis un control conştient asupra comportării sexuale. O consecinţă a fost evitarea bolilor cu urmări asupra speciei prin avort şi anticoncepţionale.

Societatea veghează ca orientarea vieţii sexuale să se facă pe făgaşul util ei şi speciei şi să se poată asigura un ritm potrivit de creştere a populaţiei.

În această problemă considerăm utilă şi o tratare a *deflorației*.

La primul coit de obicei se produce ruperea membranei himenale, de la orificiul vaginal (vezi fig. 3, 4), care este cunoscută sub denumirea de deflorare. Ruperea himenului se poate produce şi în afara unui contact sexual, în timpul unui efort sau prin traumatism.

În cadrul contactului sexual membrana se rupe printr-o apăsare mai puternică a penisului, iar dacă aceasta este insuficientă, se poate face manual.

Sînt rare cazurile în care himenul fiind fibrozat este necesară incizia lui de către medic. Aproape în toate cazurile ruperea himenului este însoţită de o sîngerare mai mult sau mai puţin accentuată.

La bărbat poate avea loc un fenomen asemănător, care nu trebuie să coincidă însă cu primul coit, putînd surveni chiar după mulţi ani de activitate sexuală. Este vorba despre ruperea frenului care leagă pielea ce acoperă glandul de vîrful acestuia. Şi în acest caz se va produce o sîngerare.

Primul coit este de obicei dureros la ambele sexe şi deci nu este o reacţie de plăcere. Partenerii au nevoie de o anumită experienţă sexuală, pentru ca într-adevăr contactul sexual să decurgă aşa cum am arătat mai sus, cu trăirea reacţiilor de plăcere şi satisfacţie.

Reproducerea umană

Ultima treaptă a activităţii sexuale o constituie reproducerea umană. Reproducerea speciei umane este rezultatul firesc, ba chiar scopul final al ei.

Formarea unui individ nou este un proces complicat, complex, care începe o dată cu naşterea copilului.

Pentru ca unirea ovulului cu spermatozoidul să aibă loc, coitul trebuie să coincidă cu perioada în care ovulul părăseşte, în timpul ciclului menstrual, ovarul şi îşi începe migraţia prin trompe.

Perioada de fecundare — de fertilizare. Această perioadă coincide de obicei cu intervalul zilelor 10—17, calculate de la prima zi de menstruaţie (la un ciclu normal de 28 de zile). Dacă în acest timp femeia va avea contact sexual cu un bărbat, fecundarea poate avea loc. Avînd însă în vedere că numărul zilelor unui ciclu menstrual poate varia în diferitele luni, această perioadă de fecunditate variază şi ea. Dacă a avut loc fecundarea, se va naşte copilul.

Probleme generale de ereditate

Aspectul exterior al copilului este determinat ereditar. Celelalte însuşiri cum ar fi comportamentul copilului şi mai tîrziu al adultului, au şi ele o componenţă ereditară, existentă în general doar potenţial, pînă cînd anumiţi factori de mediu le determină dezvoltarea.

De obicei copilul poartă trăsăturile ambilor părinţi, după cum tot la fel de bine pot domina ale unuia dintre ei.

Toate aceste însuşiri îşi au sediul în celulele sexuale. Suportul acestor predispoziţii ereditare îl constituie cromozomii, prezenţi în nucleul tuturor celulelor organismului şi într-un număr constant pentru fiecare specie de vieţuitoare.

Numărul cromozomilor la om este de 46 (adică 23 de perechi) dintre care 22 de perechi sînt aşa-numiţii cromozomi somatici, care determină aspectul morfologic al omului şi o pereche de cromozomi sexuali, care determină sexul. Cromozomii sexuali se notează cu X şi Y. O femeie are doi cromozomi sexuali X, iar un bărbat are un cromozom X şi unul Y. Dacă la fecundare un cromozom X al ovulului se alătură cromozomului X al spermatozoidului, se naşte o fată. Dacă la unirea cromozomului X se alătură un cromozom Y, se naşte un băiat.

În prezent nu se poate încă determina din timpul sarcinii genul produsului de concepţie.

Cromozomii, la rîndul lor, sînt formaţi din gene. Fiecare genă este suportul unei caracteristici ereditare : o genă va determina culoarea ochilor, iar alta a părului, alta conformaţia nasului ş.a.m.d.

Aceste gene pot avea aspectul anormal cînd pot determina aşa-numitele boli genetice sau ereditare : astfel se poate explica diferitele malformaţii congenitale, boli psihice etc., boli ce se transmit din generaţie în generaţie.

Din aceste motive este indicat ca înaintea căsătoriei, a procreării unui copil, să se examineze cuplurile de către un medic care poate da sfaturile corespunzătoare.

Înaintea căsătoriei este necesară determinarea factorului Rh în sîngele ambilor parteneri. Acest factor are o semnificaţie asemănătoare ca şi factorii determinanţi ai grupei sanguine la om şi este prezent la 85% din întreaga populaţie. Restul de 15% nu are acest factor.

Un individ care are factorul Rh prezent se numeşte Rh-pozitiv, iar cel căruia îi lipseşte se numeşte Rh-negativ.

Dacă un copil este procreat de o mamă Rh-negativă şi un tată Rh-pozitiv, el poate fi Rh-pozitiv, fapt determinat şi el ereditar.

Asupra primei sarcini această situaţie de regulă nu are repercusiuni. Totuşi la a doua sau la a treia sarcină organismul matern reacţionează împotriva factorului Rh-pozitiv apărut la copil, prin formarea anticorpilor „anti-Rh", care pătrunzînd în sîngele copilului (de obicei începînd cu luna a VII-a de sarcină) determină boala hemolitică o nou-născutului, o boală gravă, de obicei mortală, caracterizată prin distrugerea globulelor roşii din sîngele copilului.

Psihologia adolescenței

Epoca pubertății și a adolescenței rămîne însă una din cele mai complexe perioade ale vieții. Din cauza multitudinii de transformări biologice și psiho-intelectuale ce se petrec, ea a fost denumită epoca „furtunoasă".

Pînă la vîrsta de 10—12 ani copilul s-a adaptat la un anumit ritm și fel de viață, care cuprinde mersul la școală — pregătirea lecțiilor — joaca. Acum tînărul va intra într-o perioadă cu alte obiceiuri în care se stabilesc relații multiple. Acest fapt nu-l lasă indiferent, mai ales că nu are posibilități suficiente de a înțelege exact ceea ce i se întîmplă.

Întregul comportament al tinerilor este dependent de maturația care se petrece în aparatul genital și care le stabilește un alt rol în societate, pe cît de nou pe atît de greu de interpretat la început. De fapt perioada adolescenței este ultima parte a formării personalității omului, perioadă în care se definitivează caracterul viitorului adult.

Trăirea pubertății de către băiat

Pubertatea nu este deosebită numai din punct de vedere morfo-funcțional la cele două sexe, ea este și diferit trăită. Între maturarea sexuală propriu-zisă și maturizarea psihologică nu există un paralelism strict, cea din urmă evoluînd mai lent. Maturizarea psihologică a unei fete se realizează mai repede decît cea a unui băiat.

Trăirea pubertății de către ambele sexe este hotărîtoare pentru întreaga viață. Ea explică în mare măsură și deosebirea de comportament a celor două sexe.

La băiat această perioadă este întotdeauna critică. El simte că în viața lui a apărut un element străin, un element ce se alătură gîndirii și sentimentelor sale, independent de voința sa. Este vorba de erecția fiziologică care nu este supusă voinței. Prima erecție spontană este privită ca ceva enigmatic și neliniștitor. Despre prima erecție mulți bărbați își aduc aminte toată viața.

Dacă pînă la un moment dat puberul se juca deopotrivă cu băieţi şi fete, considerînd fetele tovarăşi de joacă de seama lui, curînd se va îndepărta de ele, fiind atras în special de grupul de băieţi. În ochii grupului solitar de băieţi fetele sînt dispreţuite, avînd singurul rost de a fi trase de păr sau bulgărite cu zăpadă. Dacă un băiat se va apropia cu gînduri de prietenie de o fată, în mod sigur va fi batjocorit de grupul de băieţi din care face parte.

Acest comportament este caracteristic mai ales pentru perioada prepuberală (11—14 ani). Este faza de homosimpatie, faza în care un băiat se preocupă exclusiv de sexul său (de fapt fetele trec şi ele prin această perioadă).

La băiat această perioadă se caracterizează în primul rînd prin agresivitate (geamuri sparte şi bătăi, care sînt la ordinea zilei). Toate jocurile vor purta acest caracter. Băiatului i se pare ruşine să se îmbrace îngrijit, să se spele, să se pieptene, adică să aibă preocupări feminine şi, prin urmare, nedemne de un „bărbat". Este perioada gîndurilor „eroice". Fiecare grup îşi are „eroii" săi, care sînt cei mai puternici şi cei mai viteji. Tot aşa fiecare grup îndrăgeşte un „erou" din rîndul adulţilor apropiaţi, care în ochii lor se identifică cu propria lor vitejie. De obicei acesta va fi profesorul de sport şi, mult mai rar, cel de matematică, deoarece sportul este privit ca un mijloc de afirmare a bărbăţiei. Vom observa că idolul lor va fi întotdeauna un bărbat, de multe ori tatăl unuia dintre băieţi, care joacă cu ei fotbal sau face excursii.

Acum apar dificultăţi în activitatea şcolară a băiatului. Dacă înainte îşi făcea cu regularitate lecţiile, acestea îi vor deveni o greutate sau chiar o îndeletnicire ruşinoasă. Nota proastă obţinută la o materie poate constitui dovada unui eroism, tot aşa ca şi spargerea unui geam. Nu-l afectează cearta sau pedeapsa primită din partea adulţilor, îl interesează însă admiraţia semenilor săi. Caracterul preocupărilor sale intelectuale este asemănător, citeşte cărţi de aventuri sau cu conţinut istoric, vizionează filme poliţiste etc. şi unele şi altele constituind izvoare de inspiraţie. Devin dificili, sînt neascultători şi obraznici şi îi exasperează pe adulţi datorită faptului că metodele obişnuite de educaţie nu mai au nici un răsunet.

Dacă marea majoritate a băieţilor se comportă în acest fel, este tot atît de adevărat că există şi excepţii. Sînt copii mai slab dezvoltaţi din punct de vedere fizic, care nu trec „probele de admitere" pentru primirea într-un grup de răzvrătiţi. Aceştia vor trăi mai retraşi. Adulţii nu-şi dau seama cu cîtă cruzime sînt trataţi aceşti băieţi de către colegii lor, care îi pun pe acelaşi plan cu fetele. Asemenea băieţi sînt mult mai dificili decît ceilalţi, iar pentru a le menţine moralul este nevoie de răbdare şi înţelegere. Expulzarea lor din grupul cole-

gilor îi determină să se retragă într-o viață psihică plină de complexe de inferioritate, complexe ce pot duce pînă la nevroze reactive. Este un punct crucial în patologia psihică. În cel mai fericit caz acești copii își vor găsi preocupări mai puțin agresive (ca învățămînt, lectura, desenul, muzica, colecționare de timbre etc.). Datorită faptului că sînt, prin forța lucrurilor, mai meditativi, vor trăi mai profund semnele maturației sexuale.

Copilul își poate schimba de pe o zi pe alta acest comportament. Începe să se contureze impulsul sexual, caracterizat la început „homosimpatic", trăiește în continuare izolat de sexul opus, pentru ca, după cîțiva ani, să se prezinte în fața lui ca adult format. Asemenea elemente de homosimpatie pot persista toată viața (ne gîndim la acele perioade în care bărbații au trăit mult timp alături, legînd între ei prietenii trainice, de exemplu, stagiul militar).

Educația copiilor în această perioadă este destul de dificilă. Rezultate pozitive vor obține numai acei adulți care vor reuși să le cîștige încrederea.

În această perioadă și mai tîrziu, în pubertatea propriu-zisă, apar primele manifestări sexuale. Dacă apariția caracterelor sexuale secundare i-a tulburat, cu atît mai mult se vor simți uluiți în fața acestor manifestări. Dacă la început vor ignora apariția părului pubian, cu cît se vor asocia mai multe semne, cu atît mai mult vor fi preocupați de ele. Fiecare trăiește individual aceste modificări. Unora le este rușine să vorbească chiar și cu colegii lor despre miracolele ce se petrec cu ei sau se jenează să se dezbrace în fața unei alte persoane. În urma discuțiilor cu băieți mai mari, tinerii vor observa mai atent apariția acestor modificări, considerîndu-le ca noi însemne ale bărbăției. Apariția impulsului sexual determină și unele manifestări sexuale, erecție spontană a penisului sau ejaculările nocturne, fenomene care duc la confuzie și la o stare de tensiune, stare de care el caută să se elibereze prin cele mai variate forme.

Erecțiile spontane ale penisului pot apărea încă înainte ca funcția germinativă să se matureze. La început erecțiile nu apar ca răspuns la stimuli specifici sexuali, ci, în foarte multe împrejurări, ca o expresie a tensiunii sexuale interioare. Ele nu conțin, prin urmare, dorința sexuală, ci sînt rezultatul unui impuls sexual difuz.

Mai tîrziu, la intrarea în funcțiune a liniei seminale a organelor genitale, erecțiile spontane pot fi urmate de ejaculări (poluțiuni), care, de obicei, survin noaptea. Uneori membrii familiei acordă acestui fenomen o semnificație patologică cerînd sfaturi medicului. Trebuie să subliniem că aceasta este o stare cu totul normală, prin care natura are grijă de reînnoirea continuă a spermatozoizilor. Fiecare bărbat are ejaculări nocturne, pînă la vîrsta la care începe o viață

sexuală reglementată şi, uneori, chiar şi în această perioadă. Frecvenţa lor este diferită şi variază în funcţie de starea de sănătate, de oboseală etc. Ele apar de obicei în momentul în care tensiunea a ajuns la un punct culminant, fiind urmată, a doua zi, de o stare de relaxare. Ejaculările pot fi provocate şi de stimuli nespecifici (lecturi sau filme cu conţinut erotic) ; de obicei sînt însoţite de vise erotice. Aceste poluţiuni nu sînt însă trăite activ şi prin faptul că apar, mai ales, în timpul somnului, stau în afara voinţei omului.

La început copilul va fi dezorientat, va crede că a urinat în pat. Rareori se va adresa părinţilor, ba din contra, va încerca să înlăture urmele de pe lenjerie. Dacă nu i s-a atras atenţia pînă acum, este momentul să i se explice semnificaţia ejaculărilor, subliniindu-se necesitatea igienii corporale.

La un moment dat băiatul îşi dă seama că, prin provocarea ejaculării, fricţionînd cu mîna penisul în erecţie, tensiunea interioară poate fi înlăturată, fiind o descoperire proprie sau un îndemn din partea celor care practică o asemenea manoperă.

Este greşită părerea de a vedea în masturbaţia adolescentului simptomul unei boli psihice. Ea devine perversiune numai la adult, cînd, prin aceasta, se înlocuieşte complet contactul sexual normal.

Prima masturbaţie provoacă de obicei o reacţie de scîrbă, urmată de hotărîrea fermă de a nu o mai practica. Dar curînd adolescentul va reveni asupra acestei hotărîri. Este greu de precizat cînd, cu ce ocazie, un adolescent masturbează. De obicei părinţii nu-şi dau seama şi sînt uimiţi cînd descoperă. Vîrsta la care copii încep să masturbeze variază de la caz la caz, ea putînd fi practicată chiar înaintea maturării sexuale. Masturbaţia poate fi însoţită de imagini erotice, de gîndul contactului sexual cu fata iubită.

În concluzie, masturbaţia poate fi privită ca un corespondent intenţionat al ejaculărilor nocturne spontane, fiindcă în ultima instanţă scopul lor este acelaşi.

Cum se vor comporta părinţii sau educatorii faţă de această situaţie ? În primul rînd ei trebuie să aibă convingerea că masturbaţia la această vîrstă nu are caracterul unei perversiuni şi, desigur, să-i prevină pe tineri de urmările dăunătoare a exceselor (oboseală, astenie, nevroză).

Remediul cel mai indicat al acestor stări de tensiuni îl constituie munca fizică, sportul, munca intelectuală intensă. Un program zilnic

echilibrat, compus din muncă şi odihnă, îl ajută pe adolescent să treacă peste aceste stări.

Subliniem că problemele sexuale ale vieţii adolescentului nu trebuie exagerate, fiind doar o parte din multitudinea factorilor care acţionează asupra lui la această vîrstă.

Trăirea pubertăţii de către fată

Dacă la băiat pubertatea este la început resimţită ca ceva străin, ca un balast, la fată situaţia este alta. Ea, prin maturaţia sexuală, îşi vede existenţa potenţată. Pentru fată pubertatea înseamnă punctul hotărîtor în viaţă şi totodată continuarea firească a dezvoltării psihice. Ea se îndepărtează de băieţi pentru a se feminiza. Fata, rareori, îşi va reaminti această perioadă, cînd era disproporţionată, plină de pistrui, pe cînd bărbaţii, dimpotrivă, îşi amintesc cu plăcere de cele trăite în acel timp.

Modificările somatice sînt urmărite cu nerăbdare, cum ar fi apariţia sînilor, modelarea şoldurilor etc. În această perioadă s-a produs despărţirea celor două sexe şi fiecare îşi trăieşte viaţa ei. Aceasta mai ales prin faptul că fetele sînt mai dezvoltate din punct de vedere fizic la această vîrstă.

La fete există teama că nu vor mai fi iubite de cei pe care îi iubesc. Ascultînd convorbirile adulţilor, cînd unele familii se plîng că au o fată şi nu un băiat sau văzîndu-i pe unii părinţi temîndu-se pentru viitorul fetei lor, căreia i se face mai greu un rost în viaţă decît unui băiat, fetele au temeri la gîndul că proprii lor părinţi au asemenea regrete. Pentru a ne linişti cerşesc cu stîngăcie dovezi de dragoste, nu se mai dezlipesc de părinţii lor, îi copleşesc cu tandreţe şi sfîrşesc prin a-i enerva. Cînd sînt respinse cu iritare din cauză că au fost prea insistente, ele acordă acestor gesturi de indispoziţie ale membrilor familiei o importanţă exagerată şi trag concluzia că nu mai sînt iubite. Cu vîrsta orizontul tinerei se lărgeşte. Curiozitatea o face să evadeze din micul ei cerc familial.

Spre deosebire de băieţi, care vor forma grupuri mai mari, fetele se asociază de obicei în grupuri de trei sau patru, care se dezmembrează repede şi rămîn doar două prietene, deseori, de nedespărţit. Este tipic pentru fete, la această vîrstă, o permanentă coabitare în două. Ele merg împreună la şcoală, la film şi stau toată ziua şi, pe cît posibil, şi toată noaptea împreună. Toate preocupările sînt comune, mereu au cîte ceva de spus. La şcoală de obicei tulbură orele de predare simţind nevoia ca, în acel moment, să-şi spună lucruri

„foarte importante". În primul rînd sînt discutate celelalte prietene și colege. Unele dintre ele fiind mai dezvoltate somatic și avînd deja un prieten sînt privite cu desconsiderare ca „stricate". De fapt, în sinea lor, abia așteaptă să fie în situații similare. Apoi este discutată fosta prietenă, care era cam „superficială", nu avea „sentimente profunde" și cu care apar discuții interminabile, ca pînă la urmă să nici nu se mai salute. Obiectul principal al viselor îl constituie „prietenul", idolul, care neapărat trebuie să semene cu cutare sau cutare actor de cinema sau cîntăreț de muzică ușoară. Moda, mijloacele de înfrumusețare încep să devină subiecte îndrăgite în discuție. Astfel de prietenii vor persista toată viața.

La un moment dat fata nu se mai mulțumește să fie iubită, ea dorește acum să iubească la rîndul ei. Începe prin a dărui dragostea unei flori, unui cîntec sentimental, căci încă nu știe că poate da acestei iubiri o altă destinație.

Această perioadă este de fapt corespondentul perioadei de homosimpatie la băieți, ea avînd însă, pe plan psihic, o notă sexuală, deoarece subiectul principal al discuțiilor îl constituie viitorul soț, căminul, copiii. Toată această perioadă are un caracter visător și romantic. Și aceste vise, izvorîte dintr-o fantezie bogată constituie obiectul interminabilelor discuții dintre două fete.

Maturația sexuală și o dată cu ea apariția ciclurilor menstruale nu produc o tulburare în viața fetelor și nici conflicte pe plan psihic, cum este cazul băieților. Impulsul sexual este mai difuz, mai neclar. O fată poate avea vise erotice cu ejacularea conținutului glandelor de la orificiul vaginal, dar acestea trec, în general, neobservate. De aceea visele lor includ foarte rar dorința de a avea contact sexual cu prietenul lor. Ele vor să fie admirate, să fie curtate, cu alte cuvinte să stea în centrul atenției. Dacă aceasta este situația și dacă au o prietenă bună cu care pot discuta „problemele vieții", ele vor trece destul de ușor peste această perioadă.

Dar uneori cele două prietene se asociază și, ca să se sprijine reciproc în întîlnirile lor cu băieții, își insuflă curaj una alteia, să comită lucruri pe care singure n-ar îndrăzni să le întreprindă. Sînt de o cochetărie agresivă și devin curînd rivale. Este perioada în care încep de fapt să se intereseze de băieți de aceeași vîrstă, privindu-i cu alți ochi. Timiditatea și sentimentul lor de inferioritate dispar în momentul în care observă că nu mai constituie un obiect de dispreț, ci, dimpotrivă, tovărășia lor este căutată de băieți. Dar toate coche-

tăriile, mai mult sau mai puţin discrete ale tinerei fete nu implică altceva decît căutarea dragostei pur sentimentale. Din clipa în care crede că a întîlnit dragostea, adolescenta este întotdeauna convinsă că va găsi la partenerul ei aceeaşi înflăcărare. Adolescentul însă nu se poate dărui cu aceeaşi generozitate şi, după ce entuziasmul iniţial se stinge, el aleargă către alte aventuri sau alte activităţi. Fata cunoaşte atunci tristeţea unei decepţii în dragoste.

Datorită faptului că impulsul sexual este difuz, că organele genitale feminine sînt mai puţin evidente decît cele masculine, fetele practică mai rar masturbaţia. Se apreciază că apoximativ 50% dintre fete s-ar masturba, dacă, din întîmplare, şi-ar da seama că atingerea clitorisului şi a labiilor produce reacţii de plăcere. În orice caz aici nu sînt motive de îngrijorare.

Spre deosebire de băieţi, fetele trăiesc pubertatea mai uniform, într-un mod mai echilibrat.

Relaţiile dintre părinţi şi copii

„Copiii încep prin a-şi iubi părinţii ;
dacă devin mai mari îi judecă, cîteodată îi şi iartă".

OSCAR WILDE

Prea mulţi părinţi neglijează perioada pubertară şi cred că şi-au făcut pe deplin datoria dacă supraveghează cu un ochi discret apariţia primilor peri pubieni. Dacă însă vor să dovedească că au simţ de răspundere, ei trebuie să-şi supravegheze copiii din apropiere în această perioadă, pentru a interveni imediat, de fiecare dată cînd acest lucru se dovedeşte a fi necesar, ei trebuie să fie informaţi, cel puţin în linii mari, de piedicile care se pot ridica în calea acestei evoluţii.

Prima legătură dintre doi oameni constituie aceea dintre mamă şi copil. Nu este vorba despre o dragoste personală faţă de copil, copilul fiind o parte a mamei, ea se iubeşte pe sine. Pentru copil mama înseamnă totul : viaţă, adăpost. Copilul nu-şi iubeşte mama ca pe o persoană din afara lui. Mama şi copilul la început constituie o unitate de nedespărţit. Această legătură are un sens doar în primii ani de viaţă. Ea trebuie să se schimbe mai tîrziu pentru a permite dezvoltarea personalităţii copilului. În măsură în care mama îşi priveşte copilul ca pe o persoană de sine stătătoare, legătura iniţială se transformă în dragoste.

Relaţiile dintre tată şi copil sînt de la început mai distanţate. Pentru tată copilul nu constituie o parte integrantă a persoanei sale, ci este o a doua persoană. Aici îşi are originea obiectivitatea mai marcată a tatălui în aprecierea comportamentului copilului său.

În primii 10—15 ani legătura dintre părinţi şi copil este de obicei armonioasă. Părinţii vor dirija şi vor hotărî activitatea copiilor ; copilul se va supune acestor hotărîri şi îndrumări. Aici rezidă importanţa pe care o are familia bine organizată şi mai ales exemplul personal al părinţilor în dezvoltarea comportamentului copilului. O familie dezorganizată (divorţ, certuri între părinţi în faţa copilului etc.) constituie elementul de bază care poate avea repercusiuni grave asupra dezvoltării ulterioare a copilului. La un moment dat, în preajma pubertăţii, are loc o schimbare a acestor relaţii, copilul îşi dă seama că vederile şi gîndurile părinţilor săi nu sînt totdeauna corecte şi că judecata lor nu este întotdeauna dreaptă. Acest fapt rezultă în primul rînd prin dezvoltarea psihică normală a copilului, care se apropie, din ce în ce mai mult, de adult. Apariţia spiritului critic îl va îndepărta treptat de părinţi.

În legătură cu maturaţia sexuală şi cu problemele care rezultă din aceasta, părinţii vor avea întotdeauna „păreri demodate“. De acum încolo copiii au pretenţia să fie trataţi ca adulţi. Ei se revoltă dacă li se cere socoteală asupra celor făcute în timpul zilei sau dacă li se aplică restricţii în programul pe care şi-l întocmesc.

Părinţii comit deseori greşeală de a fi prea severi, prea neobiectivi în aprecierea copiilor lor creînd impresia că s-au postat în poziţia de „superiori“ faţă de copii şi că nu vor să recunoască faptul că de acum încep să-şi trăiască propria lor viaţă, să meargă pe propriul lor drum, avînd nevoie pentru aceasta de libertate. Realizarea educativă este condiţionată de ruperea legăturii iniţiale care asigură copiilor poziţia de adulţi. Acest proces include desigur o supraveghere a perioadei în care se face trecerea din mediul familial în lumea care-l înconjură, perioadă ce necesită un efort deosebit de adaptare din partea copiilor. Supravegherea părinţilor în schimb trebuie să fie mai puţin evidentă pentru copil. Copilul trebuie să aibă în permanenţă impresia că este liber în acţiunile şi hotărîrile sale. Desigur, această perioadă rămîne cea mai dificilă din punct de vedere educativ, tocmai din cauza schimbărilor care se petrec în relaţiile dintre părinţi şi copii, care ani de-a rîndul au fost bine definite şi bine conturate.

Pentru copil această rupere de mediul familial, care are loc în timpul pubertăţii, constituie o caracteristică psihică, o necesitate pentru o dezvoltare armonioasă şi complexă a personalităţii viitorului adult.

Atitudinea părinţilor trebuie să evite poziţia de judecători sau sfătuitori şi să se mulţumească cu cea de observatori obiectivi.

Este cunoscut rolul pe care îl pot juca oboseala, surmenajul, proasta alimentaţie, infecţiile, în apariţia tulburărilor pubertare. Trebuie deci făcut tot posibilul pentru a feri tînărul de aceste riscuri şi a-l pregăti printr-o alimentaţie suficientă şi o igienă riguroasă în vederea încercărilor care-l aşteaptă.

La fel de indispensabilă este abordarea de către părinţi a problemelor sexuale. Din păcate nu toţi părinţii înţeleg responsabilitatea pe care o au în această problemă faţă de copii. Alţii, convinşi de caracterul impur al tuturor problemelor sexuale şi speriaţi de pericolele ce pot apărea o dată cu pubertatea pentru copilul lor, se gîndesc să-l apere, menţinîndu-l artificial în necunoaşterea celor mai simple realităţi.

Oricare dintre atitudine este periculoasă deoarece copilul, nepregătit şi negăsind un răspuns corect la întrebări, dezorientat în lumea noilor preocupări trage concluzia că este părăsit de părinţi şi, deci, poate face ce-i place.

Într-o poziţie opusă se află părinţii care păcătuiesc printr-un exces de precauţii. Cu mult înainte de apariţia primelor semne pubertare sînt preocupaţi de atitudinea ce vor trebui să o aibă la momentul dat. Dar cînd intervenţia lor ar fi necesară nu mai ştiu ce atitudine să adopte din toate cîte le-au fost recomandate şi dezorientarea lor o măreşte pe cea a copilului.

Înţelepciunea constă pe de o parte în a ne feri de măsuri represive, bune numai să favorizeze răzvrătirea copiilor, iar pe de altă parte, în a limita măsurile educative la trei puncte esenţiale : completarea informării sexuale, începerea unei educaţii sexuale şi acordarea unei mai mari libertăţi sociale.

Relaţiile dintre adolescenţi

Este clar că impulsul sexual este o componentă a personalităţii omului şi deci această personalitate are o latură ereditară, determinanţi în formarea ei fiind educaţia şi mediul. Pentru dezvoltarea per-

sonalității umane, orice factor este important. Omul tînăr, care se află în plină dezvoltare, are posibilitatea de a-și forma caracterul și de a da vieții sale o anumită direcție, un anumit sens. Adolescența reprezintă un punct crucial în viața omului ; în orice moment trăit se poate întipări profund favorizînd sau inhibînd dezvoltarea anumitor laturi ale personalității. Este perioada în care omul trăiește totul ca un element nou, însă trăiește totul conștient. Imaginea pe care tînărul și-o face asupra vieții în această perioadă îi va determina modul de viață în continuare. Subliniem în acest sens problemele legate de alegerea profesiunii. Adolescentul se decide pentru o muncă fizică, pentru o profesiune intelectuală, pentru o muncă mai ușoară sau pentru una calificată, în raport cu capacitatea lui fizică sau intelectuală. În orice caz se recomandă ca tinerii să-și aleagă profesiunea spre care au înclinație, iar o dată hotărîrea luată să fie îndrumați de specialiști. În cazul în care adolescentul nu este ajutat și nu va înțelege toate aspectele viitoarei sale profesiuni, romantismul, caracteristic acestei perioade, se va transforma în pesimism, în sentimentul insatisfacției. Acest pesimism poate fi determinant în viitoarea sa conduită, transformîndu-l într-un om irascibil.

În alegerea profesiunii, aprecierile cadrelor didactice trebuie să fie fondate pe o cunoaștere directă a structurii psihice și a înclinațiilor tînărului. Un rol important, în acest sens, îl vor avea psihologii școlari.

După vîrsta de 14—15 ani, omul tînăr face primii pași în lumea în care există două sexe diferite, acesta este momentul primei dragoste. Băiatul, care cu puțin înainte nici n-a remarcat-o pe prietena surorii sale, într-o zi o va privi cu alți ochi, simțindu-se atras de ea. Va începe să o trateze cu mai multă atenție, o va invita la plimbare, vor continua să se întîlnească și vor întreprinde diferite acțiuni în comun. La început totul va decurge firesc. Adolescentul se află într-un conflict cu impulsul său sexual, pe care nu-l poate încadra și nu-și poate explica de ce se manifestă tocmai în prezența prietenei sale, fiindu-i totodată și puțină teamă. S-ar putea ca fata să rîdă de el, să nu-l ia în serios, ba chiar să-și bată joc de el. Este nesigur, nu știe dacă se comportă corect și mai ales nu știe ce gîndește fata despre exteriorul său și felul lui de a gîndi și a vorbi. Alții în schimb fac pe grozavii, pe cuceritorii, vorbesc mereu despre vitejiile lor, încercînd să o impresioneze pe mica prietenă. Toate aceste manifestări sînt corespunzătoare temperamentului fiecăruia.

Fetele se manifestă şi ele diferit. Unele cred că nu posedă suficiente calităţi atractive şi că nu sînt suficient de frumoase şi de elegante, comparîndu-se mereu cu prietenele lor. Altele sînt cochete, încrezătoare.

Majoritatea — băieţi sau fete — sînt însă nemulţumiţi atît de exteriorul lor, cît şi de modul de comportare, retrăgîndu-se într-un complex de inferioritate. Din această cauză ei încearcă să-i imite pe cei mai apropiaţi din jurul lor, rezultatele fiind, de obicei, ridicole. Cînd vor acumula o anumită experienţă, comportamentul lor va deveni mai natural. Din momentul în care au descoperit că posedă calităţi ce nu trebuie neapărat să fie de natură fizică, beneficiază de o anumită siguranţă. Dacă are o natură mai liniştită, descoperă că există fete care se interesează de tipul masculin liniştit, ceea ce le dă linişte. Iar fata, care nu era deloc mulţumită de exteriorul ei, descoperă foarte curînd că este totuşi atrăgătoare. Astfel, conflictele interioare se atenuează, ieşind la iveală trăsăturile individuale ale fiecăruia. Durata acestui proces de reechilibrare depinde în egală măsură de temperamentul persoanei, cît şi de încurajarea şi tactul celor din jur. Unui adolescent, căruia mereu i se atrage atenţia că n-ar fi în stare să facă nimic bine, că este subinteligent, că nu este bine dezvoltat fizic, i se pot imprima complexe de inferioritate, fapt ce aduce după sine prelungirea perioadei de incertitudini, dăunînd, desigur, întregii sale dezvoltări.

Prima dragoste rămîne însă profund întipărită în amintirea unui om, ea constituind adeseori un etalon de apreciere a următorilor parteneri. Prietenia care se stabileşte între doi tineri va da legăturii în primul rînd trăinicie şi siguranţă. Ei au în permanenţă pe cineva cu care pot fi împreună şi pot întreprinde diferite acţiuni. În plus fiecare se poate manifesta aşa cum este şi nu va trebui să încerce să joace un anumit rol, aşa cum au făcut-o la prima întîlnire. Ei se pot baza pe încrederea şi pe înţelegerea celuilalt, fapt cu atît mai important cu cît această perioadă are problemele şi greutăţile ei specifice, pe care adolescentul trebuie să şi le rezolve în mare parte de unul singur.

Pe această cale, cei doi parteneri au posibilitatea să cunoască anumite aspecte generale din viaţa celuilalt sex. Astfel, o fată îşi va da seama despre comportamentul masculin, care este orientat nemijlocit fizic spre sexualitate, pe cînd ea va căuta mai degrabă prietenia, atenţia şi o atmosferă romantică. Ei vor cunoaşte de asemenea

modul de manifestare a impulsului sexual și reacțiile față de acesta.

De obicei apropierea fizică între doi tineri începe prin sărut. Acestuia îi pot urma și alte intimități. Dacă doi adolescenți se simt atrași unul spre celălalt, simpla atingere a mîinilor poate crea o stare de tensiune. La un moment dat se pune problema în ce direcție vor fi canalizate aceste forțe. Unii tineri se opresc la sărut, alții vor crește excitațiile prin atingerea diferitelor zone erogene, însă nu orice atingere fizică provoacă o stare de excitație. Un rol important are locul și atmosfera generală în care are loc apropierea fizică. Astfel, în timpul dansului, datorită apropierii fizice poate avea loc o creștere a tensiunii, mai ales în cazul dansurilor lente. Dansurile moderne, care pentru realizarea diferitelor figuri necesită o atenție deosebită sînt, din acest punct de vedere, mult mai decente ; tinerii concentrați asupra mișcărilor uneori acrobatice, la care se va adăuga și un consum de energie ridicat, rareori se vor gîndi, în asemenea situații, la probleme sexuale.

Contactul fizic constituie, pînă la un anumit punct, o experiență necesară pentru omul tînăr. Cunoscînd impulsurile proprii și ale celuilalt sex, ei pot lua hotărîri în privința limitării relațiilor fizice. Această experiență poate constitui un pas înainte în dezvoltarea stăpînirii de sine. Reacția față de aceste prime trăiri sexuale variază în funcție de temperament. Există adolescenți care se apropie de orice fată cu formule tip, indiferent dacă simt o înclinație deosebită față de ea sau nu. Ei sînt convinși că fetele așteaptă o asemenea comportare din partea lor. Alții cred că aceasta constituie o trăsătură tipic bărbătească.

Unele fete trăiesc cu ideea că succesul lor depinde de numărul de prieteni pe care îi au. Altele gîndesc că nu sînt suficient de atrăgătoare pentru partenerul lor și atunci se dedau la intimități.

Limitele apropierii fizice le stabilește de obicei fata, conștientă de riscul unei sarcini, dacă jocul erotic este dus pînă la capăt. Pe de altă parte, excitația sexuală atinge la ea punctul culminant mai tîrziu decît partenerul ei ; este nevoie de un anumit interval pînă ce dorința se localizează la nivelul organelor genitale. Fata are deci posibilitatea de a evita o situație nedorită, dacă va ști să abată atenția la momentul potrivit. Aceasta nu exclude însă responsabilitatea partenerului ; el are de obicei o experiență mai bogată în privința impresiilor sexuale și își dă seama de apropierea punctului culminant.

„Semnalul de alarmă“ nu va fi dat doar de creșterea excitaţiilor, ci poate fi constituit și din factori de ordin moral. Dacă doi tineri simt că fac ceva nepotrivit, de care mai tîrziu le va fi rușine, este bine să se despartă.

Mulţi adolescenţi se vor întreba dacă asemenea trăiri sexuale, care se opresc brusc înaintea coitului, n-ar fi dăunătoare, dacă tensiunea acumulată la maxim, care nu-şi găseşte o rezolvare, n-ar reduce capacitatea sexuală, în special, şi cea de concentrare și de muncă, în general, provocînd stări de irascibilitate și nervozitate. Ei pot fi liniştiţi, nu au nici un fel de efecte negative.

Natura are grijă ca impulsul sexual să-şi găsească o rezolvare. Tensiunea se poate ameliora de la sine ; ejaculările nocturne, sportul, o muncă concentrată, vor evita stările nefavorabile.

Din cele spuse, reiese că tinerii au nevoie, în dezvoltarea lor, de prezenţa oamenilor. În preajma semenilor se formează în primul rînd personalitatea lor, recunoscînd adevăratele relaţii dintre oameni. Oricine are nevoie de prezenţa unei fiinţe umane, fiecare simte nevoia să fie îndrăgit şi să iubească. Deci nu trebuie să le fie indiferent cine este pe postul persoanei iubite. Pentru a ne forma o imagine despre ceea ce dorim, trebuie să avem cunoștinţe prealabile, să avem criterii de apreciere.

Un tînăr care se retrage din mijlocul semenilor săi procedează greșit. El poate deveni un om de știinţă eminent, dar în societate nu este agreat, fiindcă nu știe să se comporte. Dacă se va căsători, viaţa lui familială va fi de asemenea unilaterală.

Un tînăr trebuie să fie cît mai multilateral, multilateralitate realizată prin satisfacerea curiozităţii, prin căutarea noului, prin interes. Cele mai multe bucurii le poţi trăi ca om tînăr și este condamnabil a le evita.

Contactul sexual şi adolescenţa

Întrebarea cea mai importantă pe care o ridică adolescenţa este referitor la perioada în care trebuie să înceapă practicarea propriu-zisă a activităţii sexuale și dacă este indicat contactul sexual înaintea căsătoriei ?

Strămoșii noștri aveau răspunsul clar : pentru băiat da, pentru fată nu. Fata trebuia să intre virgină la căsnicie. În acele vremuri un

sărut era egal cu cererea în căsătorie. Toată lumea se comporta, cel puțin la suprafață, conform acestor convenții. Astăzi dacă aceste convenții sînt demodate, ar trebui înlocuite, dar deocamdată nu au fost înlocuite. Se împărtășește părerea că la un asemenea grad de dezvoltare a științei și civilizației orice om va decide singur asupra activității sexuale proprii. Dar tînărul, spre deosebire de adult, stă singur în fața acestor întrebări. El trebuie să-și formeze o părere, trebuie să se stăpînească și să se comporte cu tact.

Datorită acestor considerente este necesar ca un tînăr să cunoască bine problemele legate de impulsul sexual, precum și diferențele dintre sexe. Dacă știm despre ce este vorba, vom avea și capacitatea de a ne orienta, de a ne stăpîni. Nu este posibilă ignorarea instinctului sexual, dar un tînăr pregătit dispune de mijloace sigure de orientare. Tînărul trebuie să aibă o anumită stimă pentru corpul său, criterii morale pe care le-a dobîndit încă din cea mai fragedă copilărie, pe de altă parte trebuie să aibă responsabilitate față de oamenii din jurul său și mai ales față de copiii pe care îi va procrea. Iată de ce nu trebuie să ne fie indiferentă poziția pe care tînărul o ia față de problemele sexuale și nici față de comportamentul său în această direcție. Natura nu cunoaște scrupule morale, îi este indiferent dacă dă peste cap studiile universitare ale unui tînăr sau dacă dăunează renumelui unei fete, natura își urmează drumul ei spre unicul țel — menținerea speciei. Ea a avut grijă ca prin procese fizice și emoționale orice contact dintre cele două sexe să concretizeze în noua ființă. De aceea este bine ca orice adolescent să privească totul la modul real, să-și formuleze o opinie clară și o conduită proprie.

De la bun început trebuie precizate cîteva aspecte. Dorința sexuală poate apărea fără ca să fie vorba de dragoste, iar baza căsniciei este dragostea și am văzut că dragostea este latura psihică a impulsului sexual. Omul se deosebește de restul lumii vii printre altele și prin capacitatea sa de a iubi, de a trăi impresiile sexuale fără ca acest eveniment să fie legat de ideea reproducerii.

După cîte știm impulsul sexual la adolescent este mai exprimat în primii ani. Educația și pregătirea sa profesională nu s-au terminat, el este încă dependent, din punct de vedere financiar, de părinții săi. El nu are experiența necesară pentru a-și permite o judecată corectă. La adolescentă impulsul sexual este mai atenuat, în cazul în care nu a fost stimulat.

Nici la băiat şi nici la fată impulsul nu este atît de puternic încît să fie nevoie de calmarea lui prin contacte sexuale. Acest lucru devine o problemă în momentul în care majoritatea adolescenţilor au destul de timpuriu relaţii cu celălalt sex, stimulîndu-şi impulsul sexual. Situaţia este destul de delicată mai ales la băieţii sub 18 ani, mai ales datorită lipsei lor totale de experienţă. Adolescenţii cunosc impresiile sexuale proprii, dar ştiu destul de puţin despre contactul sexual. Ei sînt curioşi fiindcă au auzit o sumedenie de lucruri despre acest mare eveniment. Desigur, că ei vor să afle taine şi mai ales vor să-şi afirme bărbăţia. În necunoştinţă de cauză ajung să-şi exprime o mulţime de păreri despre contactul sexual. Unii susţin că practicarea contactului sexual ar fi un lucru obişnuit ca şi mîncatul şi băutul şi, prin urmare, este necesar. Alţii vor căuta doar aventura sexuală, cu toate peripeţiile legate de aceasta, trăind astfel un sentiment de superioritate. Ei se laudă că „au avut o mulţime de femei". Şi astfel băieţii pot aluneca, întîmplător, în acest mod de viaţă. Ei încep prin intimităţi fizice mai minore, o conving pe parteneră să le permită mai mult şi, după cîteva întîlniri de acest gen, ajung la concluzia că singura relaţie între sexe este contactul sexual. Unii adolescenţi sînt convinşi de prietenii lor de necesitatea contactului sexual, ba mai mult, sînt convinşi că dacă nu-l vor practica se vor îmbolnăvi sau nu sînt bărbaţi. Şi întrucît cel mai îngrozitor lucru pentru un adolescent este semnul de întrebare alături de bărbăţia lui, toţi încearcă să-şi arate bărbăţia.

Aşa cum am amintit şi în capitolul anterior, pentru o pereche care iubeşte într-adevăr, care are intenţia să se căsătorească, contactul sexual poate constitui o parte integrantă a relaţiilor dintre cei doi adolescenţi.

Revenind la ideea după care impulsul sexual este o parte integrantă a întregii personalităţi, vom constata că greşelile sau excesele comise pe plan sexual pot avea repercusiuni asupra stării afective a tînărului, că impulsul sexual poate servi la păstrarea sănătăţii fizice şi morale, dar dacă alunecă pe o cale greşită poate acţiona distrugător, dăunător fizic şi moral.

Abstinenţa unui adolescent, abţinerea voluntară de la activitatea sexuală, nu va avea urmările nefavorabile pe care le poate avea un adult. Impresia că practicarea coitului înaintea căsniciei ar avea un rol educativ, învăţîndu-l pe tînăr să-şi cunoască impulsurile şi introducîndu-l în „arta de a iubi", corespund parţial adevăru-

lui. Totuşi tehnica contactului sexual nu trebuie „învăţată“ şi nici nu este vorba de un talent sau o artă care necesită o măiestrie deosebită. Uneori adolescenţii tineri rămîn după contactul sexual cu un sentiment de ruşine, de scîrbă sau de teamă că s-au arătat nepricepuţi, asemenea sentimente avînd repercusiuni asupra activităţii lor sexuale. Pentru o fată de asemenea nu este o experienţă prea îmbucurătoare.

Toate aceste trăiri pot deci lăsa prin urmare o impresie greşită asupra contactului fizic. Coitul înaintea căsniciei nu înseamnă o căsătorie fericită, ci, dimpotrivă, el poate îngreuna situaţiile prin impresiile eronate. Dar, făcînd abstracţie de scrupulele morale, contactul sexual în afara căsniciei poate avea şi alte urmări, o sarcină nedorită sau boli venerice.

În concluzie, activitatea sexuală avînd o notă temperamentală destul de exprimată, nu se pot da reţete tip pentru comportamentul sexual. De asemenea nu se poate fixa data la care trebuie începută practicarea contactului sexual şi nici nu trebuie să diagnosticăm un instinct sexual exagerat, diminuat sau patologic după vîrsta la care începutul a avut loc. Practicarea contactului sexual în adolescenţă nu este necesară pentru dezvoltarea armonioasă a personalităţii.

În al doilea rînd intră în joc consideraţiile de ordin moral. În acest sens fiecare are de suportat răspunderea şi consecinţele comportamentului său. Aceasta nu înseamnă că a avea contact sexual este o crimă, dar trebuie să ne gîndim, în primul rînd, ce urmări are contactul sexual pe plan psihic, dacă este vorba despre satisfacerea instinctului sau dacă, într-adevăr, constituie un eveniment, o îmbogăţire pe plan psihologic a adolescenţilor. Pe urmă trebuie avută în vedere persoana partener, fiindcă cu toţii sîntem oameni, avem o anumită viaţă afectivă şi nu avem dreptul să nesocotim sentimentele pe care poate le nutreşte şi, bineînţeles, trebuie să luăm în considerare şi copilul pe care l-am putea procrea.

Rezolvarea ideală a problemei sexuale este căsnicia. Doar aceasta oferă posibilitatea unei trăiri depline şi complexe a vieţii sexuale. Aceasta nu înseamnă că trebuie să ne căsătorim din considerente de ordin sexual. În căsnicie pornim cu un partener cu care vom convieţui o viaţă întreagă şi problema nu se rezumă la o înţelegere pe plan sexual.

Trăirea sexuală, prin care nu trebuie să înţelegem numai practicarea contactului sexual, va juca un rol important în dezvoltarea

tînărului, dar aceasta trebuie să fie doar o parte din preocupările sale, fără a-l acapara deplin. El va trebui să folosească, în primul rînd, toate posibilitățile ce i se oferă pentru o pregătire armonioasă, să-și lărgească orizontul intelectual, căutînd să descopere lumea cu multitudinea lucrurilor interesante, pentru care merită să trăiești. El trebuie să învețe, trebuie să muncească, trebuie să învețe să se stăpînească și să folosească la maximum timpul.

Patologia sexualităţii

Din momentul fecundării ovulului de către spermatozoid, deci o dată cu naşterea oului şi pînă la sfîrşitul vieţii, organismele vii cresc, se dezvoltă, se maturează, apoi îmbătrînesc şi sfîrşesc prin moarte. Acest şir de transformări cuprinde la om (ca şi la celelalte animale) etape caracteristice, din care se desprind două perioade critice — pubertatea şi climacteriul — perioade în care se produc modificări profunde, una anunţînd apariţia şi apoi alta declinul sexualităţii.

Există manifestări sexuale în copilărie ?

Trăsătura sexuală esenţială la copii este reprezentată de aspectul organelor genitale, dar există şi unele deosebiri de ordin fizic şi psihic.

O problemă mult dezbătută o constituie prezenţa manifestărilor sexuale la această vîrstă şi, mai ales, dacă prezenţa lor este normală sau patologică. Sugerea degetului şi jocul cu organele genitale, echivalate cu o masturbare, este desigur o exagerare. Erecţia este foarte precoce şi poate să apară din prima săptămînă după naştere, dar nu are, la această vîrstă, nici o semnificaţie sexuală. Ejacularea nu este posibilă pînă la pubertate. Cea mai timpurie ejaculare a fost semnalată la vîrsta de 8 ani. Jocurile sexuale sînt întîlnite de la vîrsta de 2—5 ani şi constau în explorarea organelor genitale manual sau oral. Asemenea jocuri, animate doar de curiozitate şi lipsite de conţinut erotic, sînt practicate de majoritatea copiilor între 8—13 ani, întreţinute şi de viaţa în colectiv. Dar acordarea unei importanţe deosebite sau interzicerea lor, favorizează apariţia lor, însoţindu-le de o éxcitaţie emoţională şi de o curiozitate crescută, care vor sta, în unele cazuri, la baza masturbării din perioadele ulterioare. Erotismul propriu-zis nu există în copilărie. Evoluţia afectivităţii copilului îşi are începutul în legătura firească cu prima persoană cu care are relaţii afective — mama — cuprinzînd apoi pe ceilalţi membri ai familiei, iar mai tîrziu, pe colegii de şcoală sau profesori.

În această perioadă se întîlnesc rareori manifestări sexuale reale, atunci desigur cînt cazuri patologice.

Tulburări de insuficiență sexuală la bărbat

Sexualitatea este o activitate fiziologică a organismului uman ; este o formă de contact interuman în care este angajată întreaga personalitate a partenerilor. Comportamentul sexual are la bază un mecanism nervos, de aceea toți factorii care produc o slăbire a capacității funcționale a sistemului nervos sînt factori care pot produce perturbări în comportamentul sexual. De asemenea stările funcționale neobișnuite — trecătoare — ale sistemului nervos (emoția puternică, spaima, depresiunea) au efecte în același sens.

Dinamica sexuală poate fi perturbată trecător, printr-un mecanism al relațiilor sexuale, abstinență prelungită sau abuz chiar prin obișnuință.

Se cunoaște agravarea tulburărilor de dinamică sexuală prin mecanismul „cercului vicios“, un eșec pregătește terenul pentru al doilea, prin mijlocirea psihicului (neîncredere în propriile forțe). Tratamentul este simplu, convingîndu-l pe bolnav că asemenea eșecuri sporadice există în viața sexuală a oricărui bărbat și, mai ales, la persoanele mai evoluate din punct de vedere afectiv și spiritual.

Se poate vorbi de impotență numai atunci cînd eșecul este repetat, cînd nu se limitează numai la o anumită persoană, cînd există interes real pentru erotică și cînd se produce cu toate că există condiții bune pentru desfășurarea apropierii fizice.

Tulburări de impuls sexual. În asemenea cazuri preocupările erotice sînt reduse sau absente. Polutiile și erecțiile matinale, dacă există, se explică prin reflexe cu punct de plecare local. Cele mai frecvente cauze de scădere a libidoului sînt : insuficiențe endocrine (hipofiză, testicul), tulburări generale (subnutriție, boli infecțioase, oboseală) și stări de inhibiție (timiditate, obișnuință cu pierderea interesului).

Tulburări de erecție. Deși există dorința, tulburările de erecție fac imposibilă realizarea actului sexual. Acest tip de impotență poate fi congenital sau dobîndit. Cînd erecția lipsește cu totul — inclusiv cea matinală — este vorba de anerecție. Cînd lipsește numai atunci cînd se ivește ocazia contactului fizic se numește anerecție intenționată, iar cînd lipsește numai în anumite situații sau față de o anumită persoană, este vorba de o anerecție electivă. După gradul tulburării, există erecție incompletă, destul de frecventă erecția abandonatoare, care cedează după intromisiune sau pe parcurs. Se poate întîmpla ca erecția să nu se mențină constantă pe parcursul actului sexual nici

la individul normal, mai ales în actul prelungit, dar în mod normal erecția nu cedează înainte de orgasm și de ejaculare. Cele mai importante cauze sînt organice : leziuni ale centrilor nervoși (traumatisme, tumori), leziuni ale glandelor endocrine, boli de metabolism (diabet, obezitate), boli infecțioase acute și cronice, intoxicații (alcoolism, tabagism sever, toxicomanie — morfină), afecțiuni ale organelor genitale, care produc dureri (ulcerații, fimoză, fren prepuțial scurt). O altă cauză este bătrînețea, iar cele mai importante sînt cauzele psihice. Unele cauze psihice sînt importante (conflicte, complexe), altele sînt în aparență minore (orice contrariere din timpul actului sexual care produce dezgust), iar altele depind de sensibilitatea personală, de echilibrul prealabil al sistemului nervos. Un rol important îl are dispariția interesului pentru parteneră și hiperemotivitatea, ambele fiind generatoare de impotență psihică.

Priapismul este o stare de erecție continuă, expresia unei tulburări circulatorii locale, cu împiedicarea circulației venoase de întoarcere. Este însoțit de dureri. Nu trebuie confundat cu starea de excitație sexuală continuă. Priapismul poate fi provocat și de factori locali (inflamații), factori nervoși.

Tulburări de ejaculare. Ejacularea precoce apare sub limita normală de două minute sau chiar înainte de intromisiune. La tineri sînt frecvente ejaculările rapide, mai ales în primele luni de activitate sexuală. Ejacularea tardivă, peste limita normală de 20 de minute, apare la repetarea actului sexual ; ea poate fi obținută și voluntar (prin întreruperea mișcărilor, retragerea penisului, distragerea atenției). La limită, ejacularea poate să nu mai aibă loc, chiar dacă se menține erecția, cu toate eforturile depuse. Ejaculările tardive sînt frecvente la maturi. Cauzele coincid cu cele ale tulburărilor de erecție.

Tulburări de orgasm. Trebuie să deosebim lipsa totală de orgasm (anorgasmie) de situația în care actul sexual nu mai are loc, fenomen după care nu mai apare destinderea nervoasă specifică actului sexual. Lipsa de interes pentru parteneră poate fi o cauză frecventă.

Rezumînd aceste tulburări de insuficiență sexuală atragem atenția asupra acestui diagnostic prezumtiv numai pe impresia pe care și-o face femeia despre capacitatea sexuală a partenerului. Motivarea ar putea fi dată de o nepotrivire sexuală. Este adevărat că nesatisfacerea partenerei a fost găsită în 40% din cazuri, dar satisfacerea reciprocă se dobîndește prin bunăvoință și răbdare, prin însușirea unui minim de cunoștințe privind psihofiziologia apropierii fizice (pregătirea atmosferei, „preludiilor", atitudinea atentă față de sensibilitatea partenerei, transformarea acestui act fiziologic într-o expresie a comuniunii sufletești).

Tulburări de comportament sexual mai frecvent întîlnite la fete

Impulsul sexual se deșteaptă odată cu pubertatea. Pentru fete aspectul organic al pubertății (formarea sînilor și apariția menstrelor) joacă un rol mai important în maturizarea psihică. Dacă prima menstruație, această primă emoție este însoțită de frică sau de repulsie mai ales cînd apare sub vîrsta de 10 ani, în cazul unei pubertăți precoce cînd fetița nu este pregătită (neinformată de anturaj), poate rămîne imprimată în subconștient, menținîndu-se deseori ca o obsesie în viața sexuală de mai tîrziu.

Sexualitatea scoarței cerebrale se face treptat, ca urmare a apariției în circulația sanguină a hormonilor sexuali.

Dacă pubertatea se instalează rapid (în unu — doi ani), organismul beneficiază de o perioadă mai scurtă de acomodare. Această „criză" de adaptare (criza juvenilă) poate duce la tulburări de comportament și la tulburări de caracter. Printre aceste tulburări amintim manifestările autoerotice, cu semnificație minoră și trecătoare (narcisismul, manifestările isterice) și anorexia mintală, o boală gravă capabilă să amenințe viața fetei.

Complexul Oedip, este o manifestare de interes din partea copilului pentru părintele de sex opus, care apare în momentul cînd devine conștient de diferențierile dintre sexe. Însă, de cele mai multe ori, spre adolescență, fata își va fixa afectivitatea pe un alt subiect de sex opus, care va umbri și apoi va șterge cu totul interesul ce l-a avut pentru tată.

Anorexia mintală apare ca o reminiscență a complexului Oedip. Conflictul se instalează în momentul în care fetița puberă se îndepărtează de tatăl pentru care a nutrit o afecțiune nepermisă, fără să aibă un alt obiect de cult în loc, sau fără să aibă destulă încredere în forța ei care să o ajute să scape din această situație. Această stare este favorizată de relații proaste cu familia, de familia dezorganizată, de absența mamei. Fetița înfricoșată, pierzînd orice dorință de viață, nu se mai alimentează, scade mult în greutate, manifestînd tulburări funcționale și organice grave. Tratamentul și conduita de urmat este lesne de înțeles.

Sindromul de abandon este un complex psihic datorat unei imaturități intelectuale, asociat cu absența completă a iubirii de sine, a stimei pentru persoana sa. Fata nu dorește să fie iubită sau să placă sexului opus. La baza acestui sindrom se pare că stă lipsa unei afec-

țiuni materne permanentă în prima copilărie, cu schimbări dese de mediu și de persoane care au îngrijit copilul.

Manifestări isterice. La fete între 14—18 ani se pot întîlni tulburări funcționale fără substrat organic, dureri de cap, senzație de criză dureroasă în abdomen. Aceste fenomene dispar pe măsură ce apare maturizarea, cînd fata începe să se afirme profesional, cînd scapă de constrîngerile familiale și cînd poate prelua inițiativa în viața ei particulară.

Perversiunile sexuale

Prin perversiune sexuală se înțelege o deraiere a trăirii sexuale normale, în sensul că perversul nu va mai avea satisfacții sexuale printr-o activitate genitală normală, căutînd-o în alte practici sexuale. Impulsul sexual va fi prezent ca și în cazul unui om normal, în schimb realizarea sexuală va lua altă formă.

Perversiunea sexuală este în primul rînd expresia unei boli psihice, deși perversul poate avea în rest un comportament normal, integrîndu-se perfect în viață, în societate. Sînt însă cazuri cînd tulburările psihice sînt atît de puternice încît necesită internarea într-un serviciu de specialitate.

Perversul va căuta, prin practicile sale sexuale, să-și satisfacă în primul rînd dorința. Astfel se exclude sensul final al activității sexuale, procrearea.

Problemele legate de perversiunile sexuale prezintă importanță socială. Se poate întîmpla ca un om pervers să se apropie de un adolescent pentru a-l folosi în practicile sale, cooptîndu-l și nenorocindu-l pe viață. De aceea, orice om trebuie să cunoască anumite aspecte ale acestei probleme pentru a putea evita situații neplăcute.

Instinctul sexual normal este orientat heterosexual, adică spre celălalt sex. Sînt cazuri în care dorința sexuală este orientată spre satisfacerea ei cu reprezentanții aceluiași sex, cazuri de perversiuni homosexuale.

Homosexualitatea este de fapt o inversare a impulsului sexual normal. Ea poartă această denumire în cazul relațiilor dintre bărbați. Cînd relațiile se stabilesc între două femei, se vorbește despre lesbianism. La femei relațiile homosexuale sînt mai rare decît la bărbați.

Homosexualii au un comportament specific. De obicei unul dintre parteneri joacă rolul femeii, celălalt al bărbatului. Bărbatul care va reprezenta femeia se remarcă prin mișcări și gesticulații tipic feminine, după cum și preocupările sale au această caracteristică. O

femeie care joacă rolul bărbatului se va comporta corespunzător. La baza homosexualității pot sta și tulburările hormonale.

Uneori un homosexual va încerca să se apropie de un adolescent pentru a-l „seduce". Formele de abordare sînt tipice, încercînd seducerea adolescentului, în prima etapă, prin aprecieri la adresa fizicului. Într-o altă etapă îi propune o vizită și îi face cadouri. După ce află ce înclinații are tînărul, va încerca să-l atragă prin satisfacerea acestora. Desigur, adolescentul simțindu-se apreciat și mulțumit de atențiile cu care este tratat, poate să cadă în capcană. Repetarea acestor relații pot provoca o inversare a impulsului sexual normal și, prin aceste trăiri anormale, tînărul să devină pervers. De fapt, se pare, că perversiunile sexuale, în mare parte, sînt produsul unor trăiri anormale ale sexualității în timpul adolescenței.

Perversiuni cu caracter heterosexual

Exhibiționismul. Exhibiționiștii sînt de obicei bărbați. Perversiunea constă în aceea că orgasmul se produce doar atunci cînd organele genitale sînt arătate altor persoane, mai ales femei. Impresia că a provocat panică influențează pozitiv tensiunea sexuală, fapt ce produce ejacularea. Alteori exhibiționiștii masturbează în prezența altor persoane. De data aceasta sînt vizate în primul rînd fetele. Desigur, o asemenea întîmplare le poate șoca sau le poate produce un sentiment de scîrbă.

Fetișismul. Un fetișist va trăi creșterea tensiunii sexuale doar la atingerea unui anumit obiect sau a unei părți a corpului partenerului. Astfel poate constitui un excitant părul, picioarele, îmbrăcămintea sau zonele erogene. Țelul special al dorinței sale „fetișul", este singurul mijloc de stimulare sexuală, în lipsa căruia nu se produce orgasmul. În cazuri deosebite fetișistul face colecții ale fetișului său. Se cunosc cazuri cînd fetișistul a făcut colecții de mănuși, de lenjerie, de șuvițe de păr și altele. Este suficient ca fetișistul să vadă sau să atingă cu organele genitale obiectul în cauză pentru a se produce orgasmul.

Sadismul. Un om cu înclinații sadice va găsi satisfacția sexuală doar atunci cînd își chinuie partenerul, producîndu-i durere sau traumatisme. De obicei aceste procedee sînt suficiente pentru a produce orgasmul ; alteori le va urma coitul. Sînt cazuri cînd partenerii se comportă în așa fel în timpul actului sexual încît să-și producă reciproc durere. Această perversiune este mai degrabă o expresie a rămășițelor impulsurilor primitive.

Masochismul este opusul sadismului. Satisfacția este prezentă cînd masochistul este chinuit sau insultat de către partenerul său. Și

în acest caz contactul sexual poate fi înlocuit de trăirea acestor plăceri sau ele preced coitul.

Zoofilia este expresia unei boli psihice grave. Individul bolnav are contact sexual cu diferite animale. O asemenea practică poate apărea, din necesitate, la îngrijitorii de animale care trăiesc izolaţi, fiind favorizată şi de nivelul mintal scăzut şi de lipsa sentimentelor sociale.

Pedofilia este satisfacerea sexuală a bărbatului cu copii, iar opusul ei este gerontofilia care are ca obiect al satisfacerii sexuale un om bătrîn.

Întregul clişeu al perversiunilor sexuale este o pacoste a existenţei umane. Perverşii pot fi consideraţi ca cei mai nefericiţi oameni. Ei nu pot lua parte la adevăratele satisfacţii pe care le oferă viaţa şi, în primul rînd, nu se bucură de o dragoste adevărată, de o căsnicie armonioasă, ce se clădeşte pe această dragoste.

Ipsaţiunea

Autosatisfacerea sexuală a primit denumiri diferite, unele improprii. Termenul de onanie se referă la un personaj biblic care practica coitul întrerupt, ca măsură anticoncepţională. Termenul de masturbaţie se referă la folosirea mîinii pentru obţinerea satisfacţiei căutate, Dar tehnica autosatisfacţiei cuprinde o mare varietate de metode mecanice folosite pentru excitarea organelor genitale.

Termenul de ipsaţiune evită confuziile şi corespunde etimologiei cu „viciul solitar".

La copiii de sex masculin, la băieţi şi la bărbaţi ipsaţiunea este mai ales o masturbaţie, în timp ce fetele, femeile folosesc frecvent nu numai mîna, ci şi alte mijloace pentru excitarea organelor sexuale sau a altor zone erogene.

Statistic s-a arătat că peste 90% dintre bărbaţi au trecut printr-o fază de ipsaţiune. La 2/3 dintre băieţii puberi masturbaţia este cauza primei ejaculări, ea continuînd, într-un anumit procent şi după căsătorie. Marea majoritate a cazurilor sînt onanii de necesitate, ele realizînd o descărcare a tensiunii sexuale în condiţii şi la o vîrstă la care raportul între sexe nu este posibil sau nu este recomandabil (din considerente igienice, sociale etc.). La adulţi onania de necesitate poate apărea în lipsa partenerului heterosexual (în internate, cazărmi, închisori).

Atenţia spre organele genitale mai poate fi atrasă de uşoare anomalii de conformaţie (fimoză), de afecţiuni pruriginoase etc.

Practicată cu moderaţie ipsaţiunea nu este în sine nocivă, dar poate ridica obstacole în calea apropierii între sexe, poate favoriza

preferința pentru legăturile sexuale întîmplătoare (pentru prostituție și pentru perversiuni). Sexualitatea în aceste cazuri nu este trăită ca o formă umană de erotică, de stimulare și transformare spirituală reciprocă.

In orice caz, gravitatea urmărilor ipsațiunii trebuie apreciată mai mult pe plan afectiv decît la nivelul tulburărilor de dinamică sexuală. Prognosticul este bun în marea majoritate a cazurilor, atîta timp cît nu împiedică drumul spre o viață erotică normală.

Tratamentul trebuie să excludă mijloacele de pedepsire și tot ceea ce creează conflicte interioare. Viața în colectiv supravegheată, sportul, evitarea excitațiilor erotice, rezolvă multe dintre cazuri. Mijloacele educative au o eficacitate reală.

Narcisismul. În acest caz este vorba de acele situații în care propriul corp constituie obiectul sexual, refuzînd alte practici sau obiecte sexuale. Astfel, numai privirea organelor genitale proprii poate duce pînă la orgasm sau alteori masturbația îl va declanșa. Este mai frecvent la fete decît la băieți. Fata, exagerat de cochetă, mereu nesigură de ea, ia atitudini seducătoare. Este suportată de anturajul familial, fiind tot timpul ocupată de ea însăși. Își petrece ore întregi în fața oglinzii.

Afecțiuni ale organelor genitale (la fetițe în dezvoltare, la adolescente, la femeia adultă)

Ginecologia infantilă sau *pediatrică* este o disciplină recentă care se ocupă de funcția genitală și îmbolnăvirile fetiței în dezvoltare. Ideea a fost lansată în 1930 dar realizarea practică a fost făcută în 1940 la Praga.

Noi am organizat la Cluj un serviciu de consultații din 1960 care funcționează la Policlinica de copii. Preocupările au pătruns foarte repede în cele mai multe țări. La început preocupările erau numai curative, dar noi am accentuat conținutul profilactic și de educație sanitară. În fetița de azi trebuie să vedem femeia adultă de mîine care se va reproduce și trebuie să o facă în condițiile cele mai bune.

Serviciul de consultații rezolvă morbiditatea inflamatorie și tumorală, care de fapt nu este deosebit de frecventă. O asistentă a cabinetului, inițiată în probleme va trebui să facă deplasări în colectivități și să selecționeze acele cazuri care prezintă tulburări în dezvoltare sau tulburări de corelație în perioada pubertății. Datele teoretice și practice demonstrează că corectînd tulburările perioadei peripuberale în perioada de activitate vom avea mai puține tulburări.

Medicul care se ocupă de aceste probleme în principiu este bine ca să fie un medic femeie.

Afecțiunile pubertății

Pubertatea nu este o dată fixă, aceea cînd apare prima menstruație, ci o perioadă în timp care se întinde de la copilărie pînă la vîrsta adultă. După Parhon, pubertatea este „transformarea somatică și psihică în sensul unei maturități sexuale".

Vom deosebi următoarele forme de tulburări ale pubertății :

— pubertatea normală este aceea cînd prima menstruație se produce între 13—14 ani. În zilele noastre se constată peste tot o accelerare a pubertății ca urmare a îmbunătățirii condițiilor de alimentație și de trai ;

— pubertatea timpurie este aceea cînd prima menstruație se produce între 9—11 ani. Este vorba de subiecte cu o dezvoltare somatică bună și această formă de pubertate nu trebuie socotită ca ceva patologic. Aceste subiecte trebuie bine supravegheate și îndrumate căci există pericolul unei sexualități precoce și dezvoltarea psihică nu este corespunzătoare ;

— pubertatea întîrziată cuprinde acele cazuri în care prima menstruație nu se produce pînă la 17 ani. Aceste cazuri trebuie să profite de consult și interpretarea unui medic cu bune cunoștințe de endocrinologie ;

— pubertatea precoce cuprinde cazurile în care prima menstruație se produce între 3—7 ani. Aceste cazuri sînt rare, dar ele sînt posibile. Este vorba de fetițe care din punct de vedere somatic au o dezvoltare cu 3—4 ani mai mare. Sînii și bazinul sînt dezvoltați, talia și greutatea de asemenea. În aceste cazuri este necesar să se facă investigații complexe pentru că de obicei este vorba de procese tumorale care se dezvoltă în glanda hipofiză și la baza creierului, iar alteori pe glanda suprarenală și pe ovar. Aceste procese sînt de obicei de natură malignă și evoluează timp de cîțiva ani. Ca tratament ele trebuie să profite de un tratament chirurgical.

Malformațiile genitale

Sînt destul de frecvente și pot interesa în întregime organele genitale sau numai anumite segmente. Ele sînt rezultatul unor tulburări în dezvoltarea embrionară, unele sînt ereditare, altele sînt cauzate de factori de mediu, ele sînt deci metagenetice.

Tratamentul lor este de cele mai multe ori chirurgical. Malformațiile vulvei sînt :

— hipoplazia vulvei, adică lipsa de dezvoltare care poate să fie asociată și cu hipoplazia altor segmente ;

— deschiderea anormală a anusului sau deschiderea anormală a căilor urinare ;

— malformațiile clitorisului intervine la subiecte la care s-a făcut tratament cu hormoni masculini, în timpul gravidității sau fe-

tiţa are o tumoare care produce hormon masculin în ovar sau suprarenală ;

— malformaţia himenului se prezintă sub forma himenului imperforat, care se recunoaşte la pubertate.

Există un grup de malformaţii foarte rare care sînt cuprinse în hermafroditism.

Malformaţiile vaginului sînt :

— absenţa congenitală a vaginului ;

— vaginul septat, care poate să fie longitudinal sau transversal, total sau parţial.

Malformaţiile vaginului produc dispareunie, dismenoree şi uneori sterilitate.

Mlaformaţiile uterului rezultă dintr-o oprire în dezvoltare a canalelor Müller. Această tulburare se produce în săptămîna a 7-a a vieţii intrauterine.

De obicei descoperirea lor se face atunci cînd femeia solicită o consultaţie pentru tulburări ginecologice, sub formă de dispareunie, dismenoree, tulburări de ciclu, sterilitate, avorturi repetate, naşteri premature şi prezentaţii anormale în timpul gravidităţii, iar în timpul naşterii modificări ale travaliului.

Diagnosticul de certitudine se pune prin histerosalpingografie.

Malformaţiile uterului sînt :

— infantilismul uterin cînd organul rămîne la nivelul de dezvoltare infantilă ;

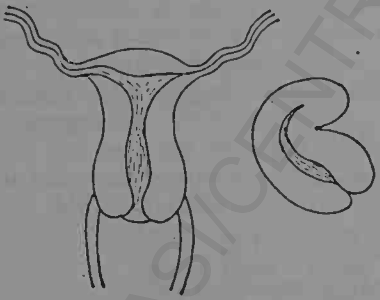


FIG. 16 — UTERUL FETAL ESTE SITUAŢIA IN CARE EL RAMÎNE ÎN STADIU FETAL. IAR CEL HIPOPLAZIC ESTE DE OBICEI ASOCIAT ŞI CU HIPOPLAZIA ALTOR SEGMENTE. SE PRESUPUNE CĂ ACESTE FETIŢE NU AU PROFITAT DE O ALIMENTAŢIE CORESPUNZĂTOARE ÎN PERIOADA PERIPUBERALĂ

— hipoplazia uterină se însoţeşte de cele mai multe ori de hipoplazia celorlalte segmente ale aparatului genital (fig. 16) ;

— uterul dublu derivă din lipsa unirii canalelor Müller (figi. 17).

Uterul didelf este situaţia în care persistă cele două canale şi apar două utere pe jumătate.

— Uter pseudo-didelf în care cele două corpuri uterine sînt bine separate cu două coluri unite ;

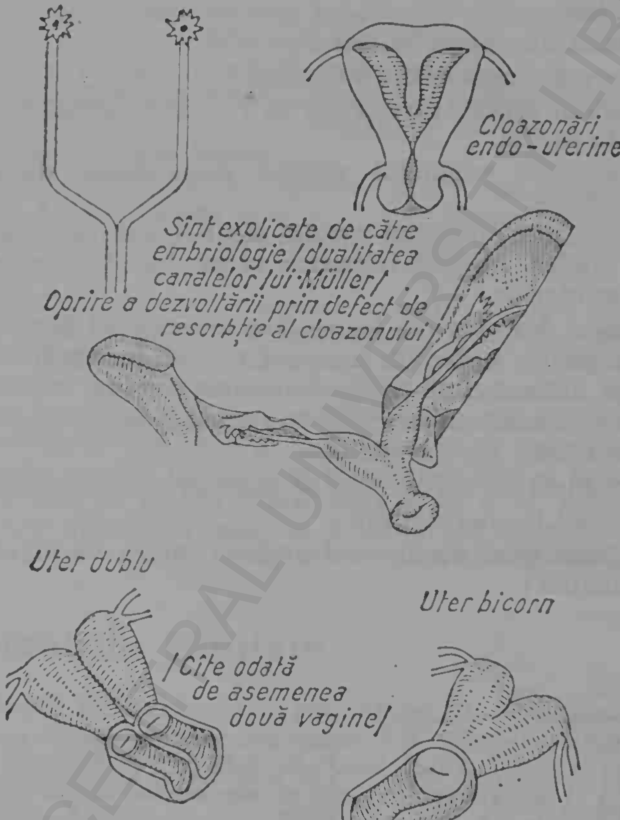


FIG. 17 — UTERUL DUBLU CU SEPT PE VAGIN SAU FARA SEPT ESTE FORMAT DIN DOUĂ JUMĂTĂŢI CARE AU VALOARE FUNCŢIONALĂ MICĂ ŞI CHIAR DACĂ INTERVINE O SARCINĂ EA SE ÎNTRERUPE PRIN AVORT SAU NAŞTERE PREMATURĂ

— uterul bicorn poate fi unicervical cînd despărţitura se găseşte numai la nivelul corpului (fig. 18).

Asociaţii patologice cu malformaţii genitale sînt :

— hipoplazia uterină, despre care nu se știe sigur dacă este o malformație dar se pare că ea se întîlnește mai frecvent la fetițele care în perioada pubertății nu au profitat de o alimentație cores-

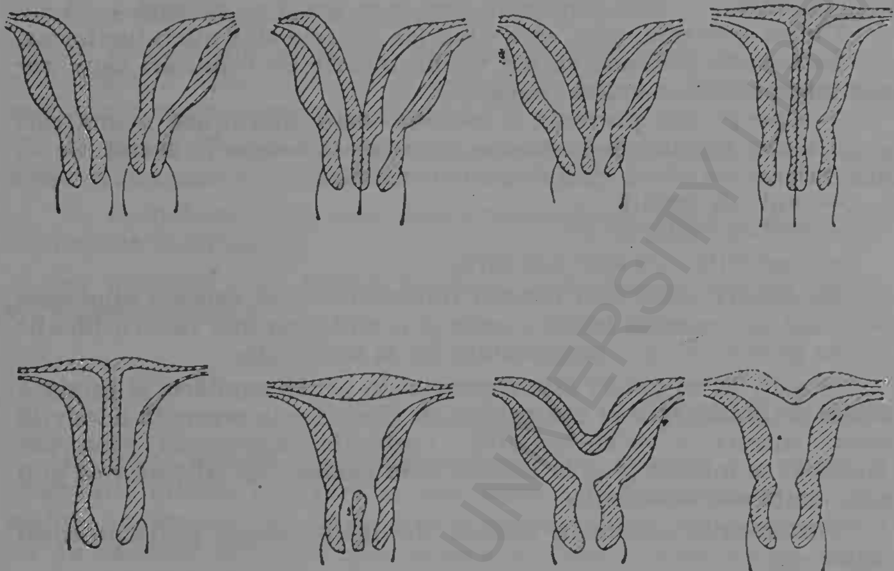


FIG. 18 — DIFERITE FORME DE MALFORMAȚII ALE UTERULUI ȘI ANUME : UTER DUBLU, UTER SEPTAT ȘI UTER BICORN

punzătoare. Această constatare s-a făcut la subiecte care se aflau în perioada pubertății în timpul războiului ;

— malformațiile căilor urinare trebuie întotdeauna cercetate atunci cînd există o malformație genitală. Este necesar să se facă o urografie.

În ceea ce privește tratamentul malformațiilor ele pot profita de cele mai multe ori de un tratament chirurgical.

Malformațiile trompelor și ale ovarelor sînt de obicei rare.

Stări patologice în prima copilărie

Pînă la pubertate organele genitale ale fetiței se află în stare de neactivitate. Ele cresc pe măsură ce se dezvoltă organismul. În această perioadă foliculii ovarieni primari asigură o oarecare im-

pregnare estrogenică care condiţionează morfologia şi psihicul fetiţei. Cantităţile de hormoni sînt însă foarte mici şi dozările hormonale uzuale sînt practic negative.

Labiile mici şi cele mari asigură o protecţie mecanică împotriva germenilor care populează regiunea anală şi vulvară.

Uterul este mic, colul este lung iar ovarele sînt mici, fuziforme.

În această perioadă se pot întîlni o serie de tulburări care trebuie interpretate cu multă atenţie :

— uneori este prezentă o secreţie care alarmează mama căci lenjeria este pătată ; de asemenea se constată o secreţie locală. Se va face un examen atent, cînd se poate constata :

— vulvită izolată

— vulvo-vaginită

— cervicita care este mai rară.

De fiecare dată vom cerceta împrejurările şi cauzele etiologice efectuînd un examen bacteriologic şi o antibiogramă pentru identificarea germenilor şi a sensibilităţii lor la antibiotice :

— vulvita cu oxiuri este frecventă în prima copilărie şi produce leziuni de grataj care se examatizează. Uneori este prezentă o vulvită izolată, alteori o vulvo-vaginită. Leziunile interesează zona perianală şi se întinde pînă la introit. Prin examen de laborator se pun în evidenţă ouă de oxiuri.

Tratamentul constă în măsuri de igienă locală şi tratamentul oxiurozei.

— Corpii străini vaginali sînt destul de frecvenţi, de cele mai multe ori punînd probleme deosebite de tratament. Se manifestă prin secreţie persistentă, purulentă, uneori sanguinolentă. Aceste fetiţe trebuie examinate şi tratate de un medic profilat pe probleme de ginecologie infantilă.

— Uneori poate fi prezentă o infecţie gonococică, de obicei infecţie familială. Se manifestă ca o vulvo-vaginită, cu secreţie abundentă verzuie, asociată cu tulburări de micţiune. Se va face un frotiu la un laborator foarte bun şi trebuie să fim atenţi că există un diplococ, care nu este un veritabil gonococ, de aceea diagnosticul de certitudine se face după culturi pe medii speciale.

Tratamentul este eficace cu clorocid, la care microbul este încă sensibil.

— Infestarea cu trichomonas este rară în prima copilărie şi va fi frecventă numai în jurul pubertăţii.

În copilărie există o rezistenţă mai slabă faţă de infecţii din cauză că impregnarea estrogenică este mică şi secreţia vaginală este alcalină. La acestea se adaugă lipsa măsurilor de igienă.

În apropierea pubertății poate apărea o secreție abundentă care nu conține microbi și care nu necesită decît măsuri de igienă.

Micozele vor fi tratate cu instilații sau spălături pe o sondă Nelaton, cu soluție de bicarbonat și glicerină boraxată. Per oral se administrează stamicină sau nistatin.

În unele forme de infecții, pentru a stratifica epiteliul vaginal, este indicată administrarea de estrogeni. Aceasta se va face însă numai sub supravegherea medicului.

În prima și a doua copilărie mai pot apărea sindroame dureroase abdominale și anume :

— apendicita acută care este o îmbolnăvire gravă și diagnosticul trebuie făcut rapid ;

— prezența unor tumori pelviene, care este de cele mai multe ori tumoare chistică.

Masturbația

La fetițe această problemă este greu de abordat din cauză că observația directă este rară și mai puțin evidentă ca la băieți, din motive anatomice. Datele pe care le putem culege din interogatoriu nu au valoare, este mai bine să evităm chestionarea fetiței. După unii, prin masturbație se înțelege un gest manual intenționat efectuat cu scopul de a se obține orgasmul. Poate fi utilizată mîna, dar există și alte soluții, ca dovadă corpii străini pe care îi găsim în vagin. Unii consideră masturbația ca ducerea repetată a mîinii la pube. De cele mai multe ori la fetițe orgasmul nu este obținut. După alți cercetători masturbația se realizează cînd copilul se complace în senzații agreabile apărute în raport cu aparatul său genital. Trebuie evitate interpretările abuzive căci multe gesturi nu sînt făcute conștient și intenționat.

Masturbația este frecventă la debili mintali și encafalopați, la care aceasta este manifestarea unor tulburări grave la baza creierului.

Înainte de doi ani, copiii nu au conștiința caracterului particular al aparatului lor genital.

Între vîrsta de 2 ani și cea de școlar, masturbația este rară. Este obișnuită însă agitația ritmică pe marginea scaunului cu coapsele încrucișate. Acesta este un gest inconștient și nu se poate afirma

că fetița are o plăcere reală. Gestul poate fi cauzat de iritații și infecții locale care se manifestă prin senzație de arsură și de prurit.

După 6 ani, copilul este mai conștient de aparatul său genital, nu cunoaște încă mecanismul funcțiunii, dar fetița știe că odată va deveni mamă. Bunăoară o fetiță care are o păpușă o numește întotdeauna fiica ei, dar nu mama ei. Fetița știe de acum că copilul se va dezvolta și va veni pe lume din abdomenul mamei.

Problema sexuală începe să se manifeste la debutul pubertății și în perioada aceasta atunci cînd observăm gesturi deosebite, trebuie făcut un examen local pentru ca infestări cu oxiuri pot să provoace aceste manifestări.

După zece-unsprezece ani, aparatul genital este dezvoltat, de asemenea intelectul și afectivitatea. Dezvoltarea acestora este influențată puternic de factorii audio-vizuali. La această vîrstă ancheta este dificil de făcut.

În ceea ce privește tratamentul acestor stări, este necesar în primul rînd să căutăm împrejurările care le generează.

La fetițele cu teren neurotic consultul cu un reuropsihiatru este necesar.

Tulburările menstruale la fata tînără

La unele fete sîngerările menstruale au un caracter hemoragic și în primii ani pot să fie grave, de intensitate mare care influențează activitatea școlară și au repercusiuni asupra psihicului. Uneori se instalează o anemie severă care trebuie tratată chiar cu transfuzii.

La alte subiecte hemoragiile sînt moderate dar cu pericole de agravare. Aceste fetițe trebuie examinate cu competență, cercetîndu-li-se echilibrul hormonal, tulburările de coagulare, prezența unor boli de inimă, reumatismul etc. (fig. 19, 20, 21, 22).

Ca tratament se administrează derivate de ergomet și medicamente hemostatice.

Dintre hormoni singurul fiziologic este progesteronul în injecții sau tablete administrat din ziua a 14-a pînă în ziua a 24-a, numărate din prima zi a menstruației.

Progestativele de sinteză se pot administra, dar pe timp scurt, de cel mult trei luni, numai sub supravegherea medicului.

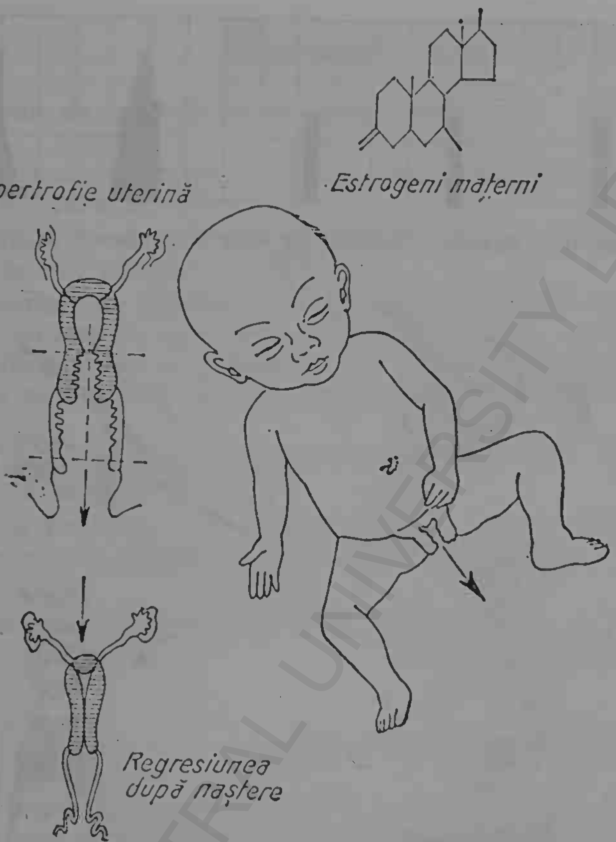


FIG. 19 — HEMORAGIA GENITALĂ LA UN NOU-NĂSCUT APARE ÎN PRIMELE ZILE ȘI SE DATOREAZĂ HORMONILOR DIN ORGANISMUL MAMEI CARE TREC LA FETIȚĂ. NU NECESITĂ TRATAMENT CI NUMAI MĂSURI DE IGIENĂ LOCALĂ

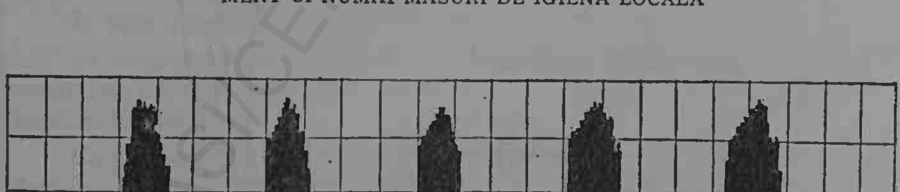


FIG. 20 — UNEORI HEMORAGIILE SÎNT RITMICE DAR ÎN CANTITATE MARE ȘI PRELUNGITĂ ÎN ZILE

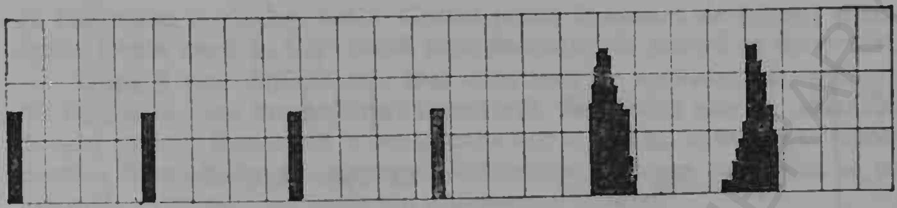


FIG. 21. — ÎN ALTE CAZURI HEMORAGIILE SÎNT CAPRICIOASE ȘI NU AU NICI UN RITM

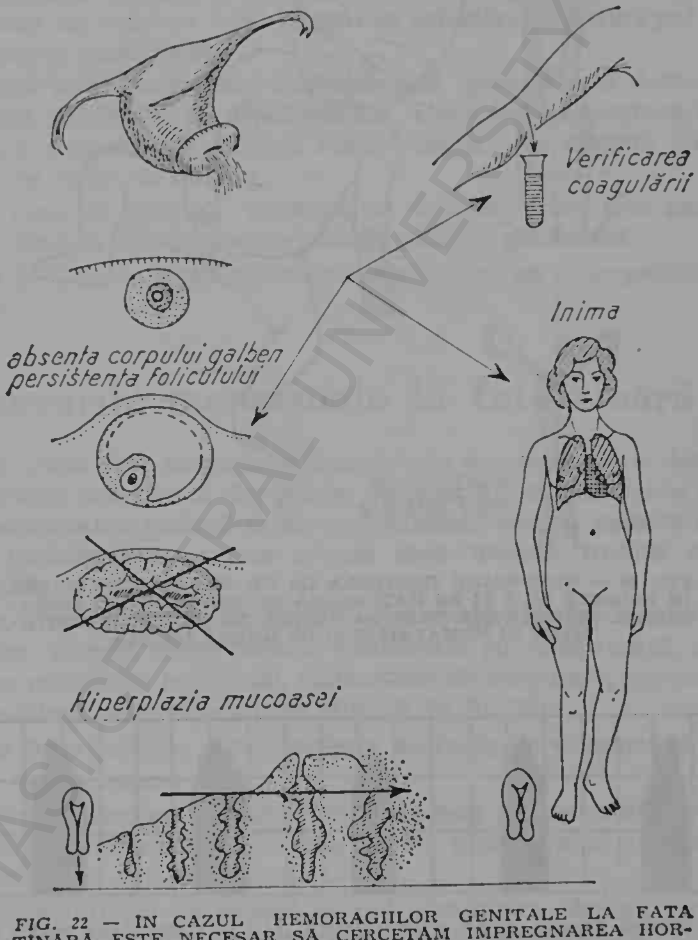


FIG. 22 — ÎN CAZUL HEMORAGIILOR GENITALE LA FATA TÎNĂRĂ ESTE NECESAR SĂ CERCETĂM IMPREGNAREA HORMONALĂ, COAGULAREA SÎNGELUI

Excesul pilar la femeie

Este destul de frecvent și se poate întîlni sub următoarele forme :

— hipertricoza, care este excesul pilar situat în regiunile în care în mod normal există păr ;

— hirsutismul este situația în care pilozitatea se desvoltă în zone în care în mod normal nu există păr ;

— virilismul este situația deosebită care se însoțește de un proces de defeminizare cu amenoree și atrofia sînilor și scăderea paniculului adipos. Vocea se înăsprește, musculatura se hipertrofiază și pilozitatea se dezvoltă în regiunile caracteristice pentru sexul masculin.

Excesul pilar se datorează producerii în organismul femeii de hormoni masculini în exces.

La femeia tînără cu exces pilar trebuie făcut un examen clinic competent pentru a determina echilibrul hormonal care îl favorizează.

În ce privește tratamentul el se va face în consult cu dermatologul și endocrinologul.

Obezitatea la femeie

Excesul ponderal alarmează femeia care ne consultă pentru tulburări de menstruație, dismenoree și menstruație diminuată.

Se poate afirma că o femeie este obeză cînd prezintă un exces ponderal care depășește cu 20% greutatea normală.

În fața unui caz de obezitate trebuie să stabilim :

— cauzele etiologice care pot să fie endocrine, tulburări ale centrilor nervoși superiori, modificări ale regimului alimentar, antecedente familiale.

Cauze endocrine ale obezității sînt de multe ori acuzate de către femeie. Există numeroase femei care își explică obezitatea prin tulburări ale glandelor, dar nu recunosc că au poftă de mîncare mare și abuzează de dulciuri și grăsimi.

Trebuie lămurite aceste femei că obezitatea creează tulburări hormonale, dar că acestea nu sînt cauza obezității ci consecințele ei.

Hormonii sexuali au o afinitate față de țesutul grăsos în care se depun și nu își mai desfășoară activitatea lor generală.

În ce privește cauzele :

— glanda suprarenală foarte rar poate fi o cauză de obezitate ;
— glanda tiroidă este acuzată în unele obezități ;
— obezitățile cauzate de pancreas pot exista ;
— glandele genitale au un rol discutabil.

La pubertate unele cazuri de obezitate sînt cauzate de o retenție de apă produse de estrogeni. Aceste obezități sînt familiale și de cele mai multe ori favorizate de excesul alimentar.

Obezitățile cauzate de tulburări cerebrale sînt rare dar rebele la tratament.

Obiceiurile alimentare greșite, sînt de cele mai multe ori cauza, așa-numite obezități și de antrenament. La aceste subiecte se produce un aport excesiv de calorii.

Tratamentul obezităților în primul rînd trebuie să constea în regim hipocaloric, psihoterapie și foarte rar medicamente.

Rația alimentară va fi întocmită cu restricție de glucide și lipide, precum și de proteine.

Exercițiile fizice trebuie practicate sistematic.

Cura de slăbire trebuie să fie lentă și urmărită cîteva luni în șir.

Sarcina extrauterină

Fecundația, adică unirea celor două celule sexuale se petrece în trompă. De aici, în 4—5 zile oul migrează și se cuibărește în cavitatea uterină (fig. 23).

În 3% din cazuri, oul nu ajunge în cavitatea uterină, ci rămîne în afara ei.

Cauzele care duc la această situație sînt următoarele :

— captarea oului de către trompă se face cu întîrziere ;

— migrarea oului se face cu opriri din cauza unor sechele de salpingite, stenoze după inflamații, cuduri ale trompei sau malformații.

Oul care se cuibărește în uter se segmentează și crește, iar vilozitățile pătrund în mucoasă. În cazul sarcinii extrauterine, peretele trompei este subțire și se rupe.

Întreruperea sarcinii extrauterine se face prin :

— dezlipirea oului cu hemoragie în trompă ;
— ruptura trompei.

Orice femeie care are o sarcină extrauterină este în pericol de a face o hemoragie intraperitoneală gravă, de aceea este necesar să se sesizeze sarcina extrauterină necomplicată (fig. 24).

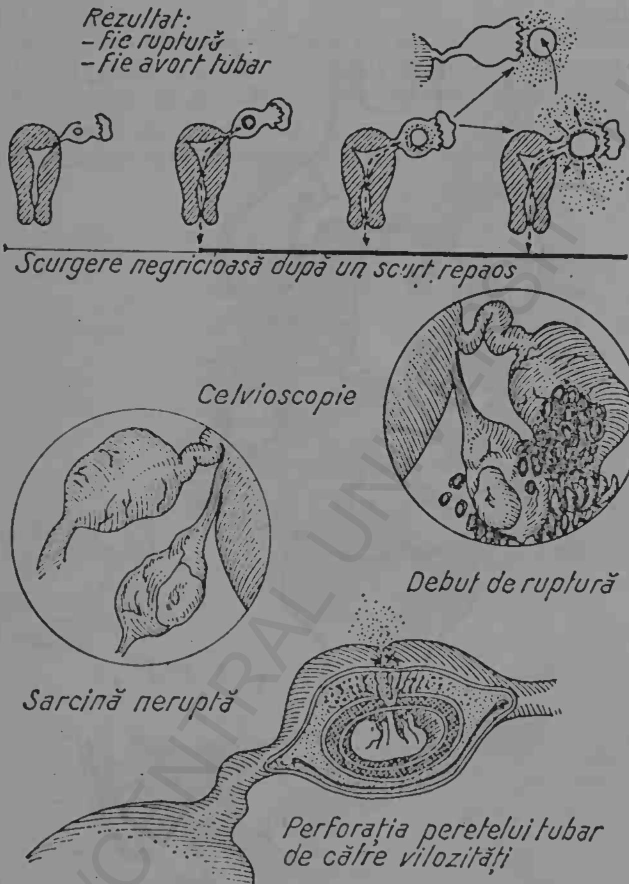


FIG. 23 — SARCINA EXTRAUTERINĂ ESTE SITUAȚIA ÎN CARE OUL SE CUIBĂREȘTE ÎN TROMPĂ ȘI NU ARE ȘANSE SĂ SE DEZVOLTE MULTE LUNI ; TROMPA SE VA RUPE OCAZIONÎND HEMORAGIE INTRAPERITONEALĂ

Sarcina extrauterină se recunoaște prin :

— există o întîrziere de ciclu și semne nesigure de sarcină ;

— sîngele care se drenează este un sînge negru nu prea abundent ;

— există întotdeauna durere spontană într-o lojă anexială şi nu exista semne de inflamaţie. Ca măsuri generale pot fi prezente greaţa şi vărsăturile ;

— la examenul obiectiv se găsesc modificări într-una din lojele anexiale ;

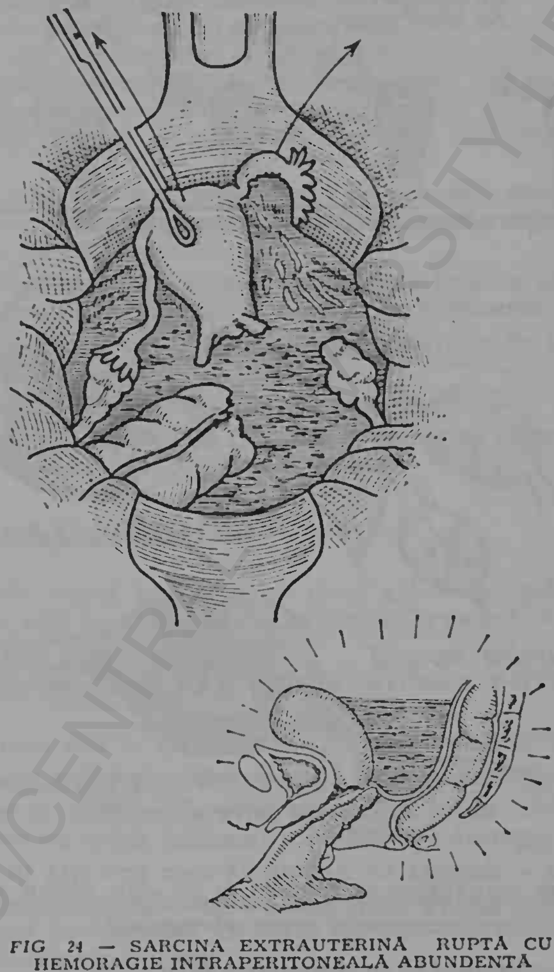


FIG 24 — SARCINA EXTRAUTERINĂ RUPTĂ CU HEMORAGIE INTRAPERITONEALĂ ABUNDENTĂ

Atunci cînd există numai bănuiala unei sarcini extrauterine, bolnava va fi internată în staţionar pentru că există pericolul unui accident dramatic care pune în pericol viaţa femeii.

Tumorile ovarului

La adolescentă se dezvoltă formaţiuni tumorale de obicei benigne care sînt nişte pungi cu conţinut lichid.

Ele pot fi :

— chisturi funcţionale cauzate de un folicul persistent ;

— chisturi proliferative care sînt adevărate tumori şi care la vîrstă înaintată pot să se transforme în tumori maligne.

Aceste tumori se manifestă prin senzaţie de apăsare şi greutate în bazin, uneori cu tulburări de ciclu şi sterilitate.



FIG. 25 — COMPLICAŢIA CEA MAI DE TEMUT LA SUBIECTELE CU TUMORI OVARIENE ESTE TORSIUNEA CARE APARE BRUSC ŞI NECESITĂ UN TRATAMENT OPERATOR DE URGENŢĂ

La examenul obiectiv se constată o tumoare în abdomenul inferior, rotundă, mobilă, care se delimitează de uter.

Complicaţiile acestor tumori sînt degenerescenţa canceroasă şi torsiunea (fig. 25).

Se recomandă intervenția operatorie.

Formele de chisturi cele mai obișnuite sînt :

— chistul seros, cu pereți subțiri și pedicul lung ;

— chistul mucoid, cu pereții groși și cu un conținut vîscos. gelatinos ;

— chistul dermoid, care conține un lichid grăsos cu fire de păr și dinți.

Ori de cîte ori se extirpă un chist ovarian trebuie să fie examinat histologic.

Amenoreea

Se înțelege prin amenoree absența menstruației pe un timp de cel puțin 3 luni în afara unei sarcini. La fete în perioada peripuberală aprecierea este dificilă din cauza ciclurilor anovulatorii (fig. 26).

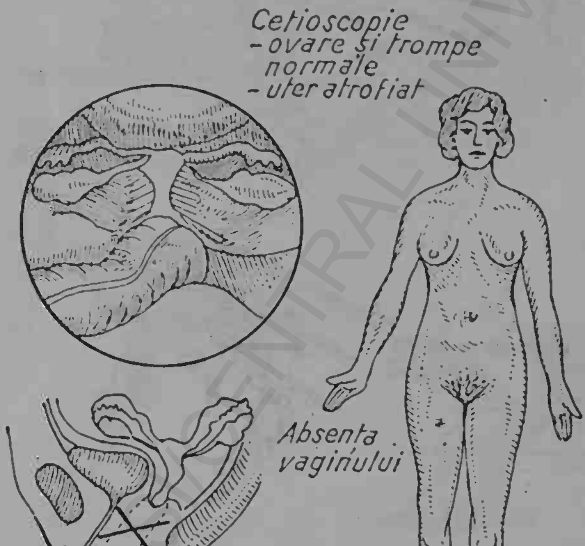


FIG. 26 — AMENOREEA TREBUIE INVESTIGATĂ FOARTE ATENT PENTRU CĂ POT FI PREZENTE DIFERITE CAUZE

Vom deosebi :

1. Amenoreea primară cu carcatere sexuale secundare prezente. Tînăra ajunge la 17 ani fără să aibă ciclul menstrual.

— amenoreea primară a fetelor impubere. La acestea caracterele sexuale secundare nu sînt dezvoltate. La ele se poate aștepta pînă la 15 ani pentru ca organismul să se maturizeze ;

— amenoreea primară cu pubertate tardivă. Este vorba de fete de 17 ani sau chiar mai mult care nu au avut menstruație și au o dezvoltare morfologică incompletă.

2. Amenoreea secundară este întreruperea ciclului menstrual pe o durată de mai mult de 3 luni, la subiecte la care s-a terminat dezvoltarea pubertară și nu este vorba de o sarcină.

Este vorba în aceste cazuri de o fată nubilă care a avut deja cîteva cicluri ovulatorii, are caractere sexuale secundare prezente și bine dezvoltate.

— Amenoreea pubertară tranzitorie este de cele mai multe ori fiziologică. Se întîlnește la subiecte de 15—17 ani la care întîrzie constituirea ciclurilor ovulatorii, deși dezvoltarea morfologică este normală. Fata nu este nubilă pentru că nu are ovulații. Tulburarea se rezolvă de obicei spontan și nu este nevoie de tratament. Trebuie făcut diagnosticul diferențial cu sarcina, imperforația de himen, absența vaginului, sinechii uterine și tuberculoza genitală.

Tratamentul amenoreelor este complex și trebuie să țină cont de forma clinică.

De cele mai multe ori amenoreele se rezolvă spontan.

În cazul amenoreei pubertare tranzitorii este bine să așteptăm 3—4 luni dacă fata are 13—16 ani. Alteori, se poate începe un tratament hormonal pe bază de progesteron.

Tratamentul cu estrogeni va fi aplicat numai după consult și supravegherea specialistului.

În unele cazuri este folositor tratamentul cu extract tiroidian, dar acesta se face după aprecierea endocrinologului.

Anorexia mentală se întîlnește la fete de 16—19 ani care au slăbit mult, au un teren psihic modificat și ele trebuie examinate și tratate în consult cu psihiatrul.

Amenoreea psihogenă apare la subiecte cu conflicte familiale și sentimentale. Cîteodată este vorba de procese tumorale care se dezvoltă la baza creierului.

Amenoreea de origine ovariană se întîlnește la subiectele care au ovarul modificat, acoperit cu o albuginee fibroasă îngroșată care nu permite eliberarea ovulului.

Există o categorie de amenoree cauzată de lipsa în dezvoltare a ovarului (fig. 27).

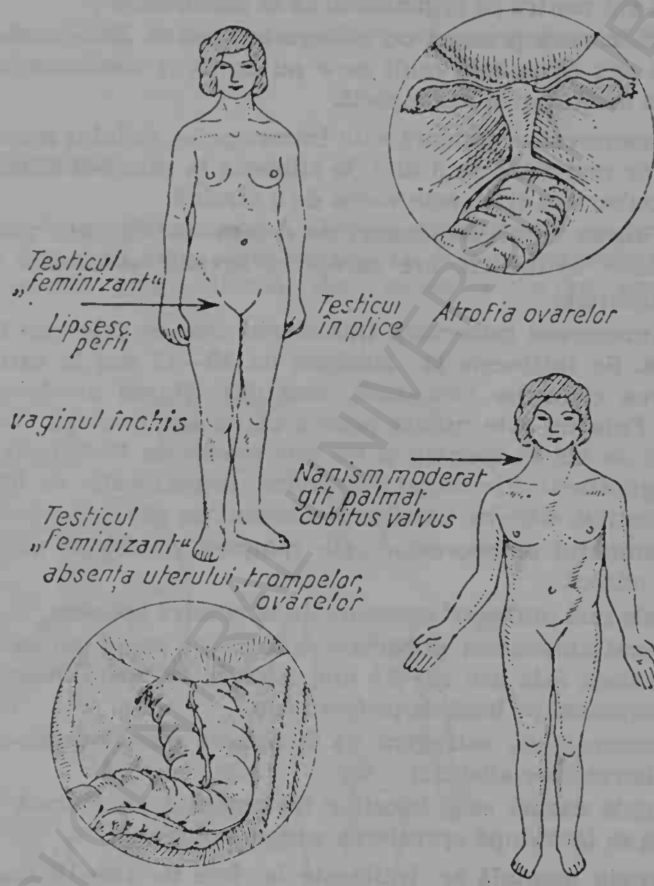


FIG. 27 — AMENOREEA PRIN LIPSA OVARULUI ȘI A ORGANELOR GENITALE

Amenoreele primare se întîlnesc la subiectele cu întîrziere pubertară și ele trebuie să profite de un examen de specialitate pentru că adeseori este vorba de tulburări deosebite.

Sindromul premenstrual

În perioada de activitate genitală și la adolescentă se manifestă o situație cauzată de un dezechilibru hormonal. Simptomele apar în săptămina care precedă menstruația sub forma unei congestii pronunțate la nivelul sînului și o balonare abdominală.

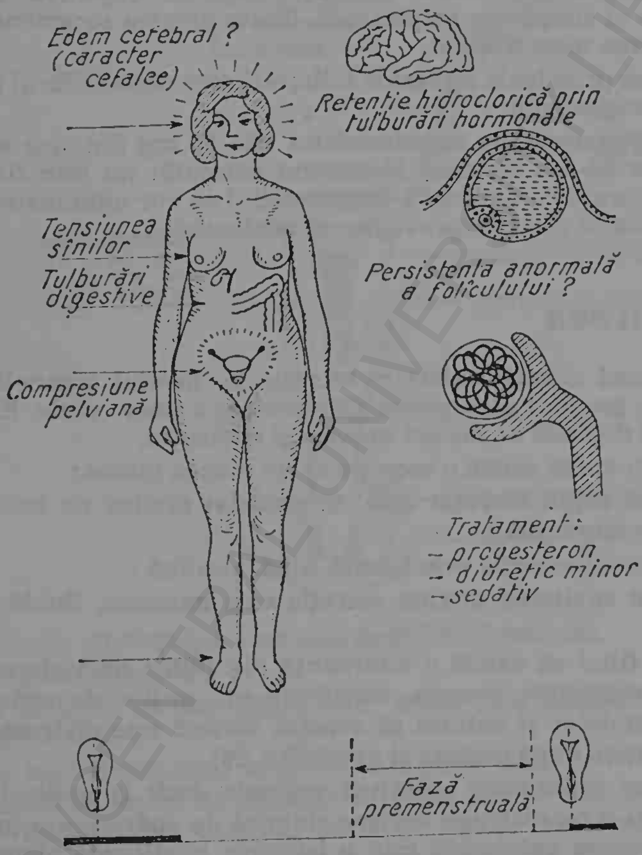


FIG. 28 — SINDROMUL PREMENSTRUAL ESTE CAUZAT DE MECANISME COMPLEXE NERVOASE ȘI HORMONALE

Tulburarea este cauzată de modificări în secreția hormonilor, în transformarea lor, dar există și o sensibilitate pronunțată a țesuturilor (fig. 28).

Tratamentul acestor tulburări se va sprijini pe progesteron care dă rezultate foarte bune.

Bolnavele acuză o retenție hidrică pronunțată și o tensiune dureroasă la sîn. Există o creștere în greutate de 3—4 kg cauzată de retenția de apă. Cefaleea este prezentă și adeseori tulburări de caracter cu stări depresive.

Alteori sînt prezente tulburări hepatice digestive, manifestări cutanate și simptome respiratorii. Toate acestea se amendează după declanșarea menstruației.

Cauza principală a acestor tulburări este dezechilibrul între estrogeni și progesteron.

Progesteronul se va administra cîte 10 mg din ziua a 14-a pînă în ziua a 24-a a ciclului. Hormonul masculin nu este fiziologic iar alte preparate ca bunăoară Orgametrilul se vor administra numai la recomandația și sub supravegherea medicului.

Leucoreea

În mod normal există o secreție la nivelul organelor genitale care este produsă de secreția glandelor și a unor celule. Ea este însă puțină și depinde de factori nervoși și endocrini.

— în vulvă există o secreție ca un mucus vîscos ;

— în vagin secreția este un exsudat produs de bacilii Dordelein, care este acidă ;

— în col secreția este filantă, albă, alcalină ;

— în cavitatea uterină secreția este mucoasă, fluidă, bogată în glicogen.

Dat fiind că există o alternanță din punct de vedere chimic în diferite segmente, aceasta constituie un mijloc de apărare împotriva microbilor și natural că această barieră este distrusă în timpul menstruației, după naștere și avort (fig. 29).

Nu se recomandă spălături vaginale decît la indicația medicului pentru a nu distruge bariera chimică de apărare a organismului.

Leucoreea patologică este o leucoree modificată abundentă purulentă, se însoțește de dureri și tulburări funcționale și influențează starea generală.

Mucoasa vaginală este modificată întotdeauna fiind roșie, congestionată.

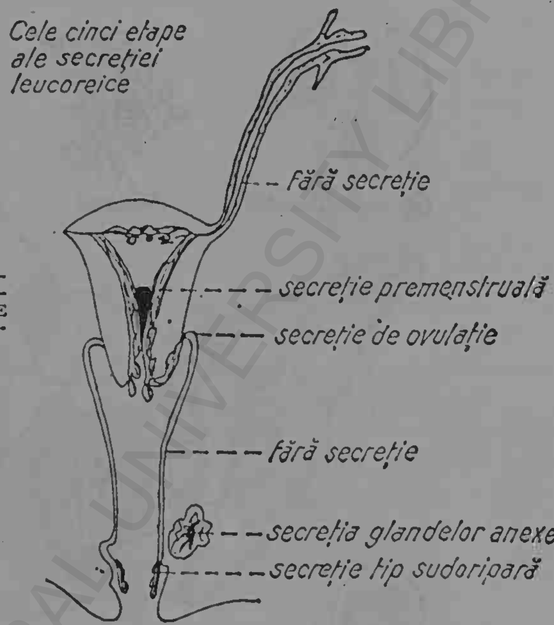
Modificări inflamatorii pot să se constituie și la nivelul colului.

Ca forme de leucoree vom deosebi :

— leucoreea vulvară şi perineală, în caz de dermatoze cu exeme şi herpes ;

— vaginita cu tricomonas, prezentă mai mult după pubertate (fig. 30) ;

FIG. 29 — LEUCOREEA FIZIOLOGICĂ SE GĂSEŞTE ÎN DIFERITE SEGMENTE ŞI EA ARE ROLUL DE APĂRARE ANTIMICROBIANĂ



— vaginita cu ciuperci, care este destul de frecventă.

a) *Afecţiunile vulvei*

Vulva la fetiţa în dezvoltare este mică, fără pilozitate, cu himenul de 6—8 mm.

Labiile mici şi cele mari se dezvoltă la pubertate.

Examenul fetiţei se va face întotdeauna în prezenţa mamei, cu blîndeţe şi folosind instrumentar potrivit. Tuşeul rectal va fi făcut în mod curent.

Vom deosebi :

— leziuni dermatologice, leziuni de atrofie şi mai rar, neoplazii (fig. 31) ;

— vulvite banale, unele simple, altele favorizate de oxiuroză şi de deficienţe în igiena locală, secreţie care stagnează. Aceste in-

fecții se manifestă prin dureri, arsuri, tulburări urinare, iar local se constată roșeață și edem.

Examenul bacteriologic trebuie făcut întotdeauna, iar tratamentul va consta în băi de șezut cu permanganat, toaletă cu săpun acid, antibiotice în pomadă, tratamentul oxiurozei, igienă locală ;

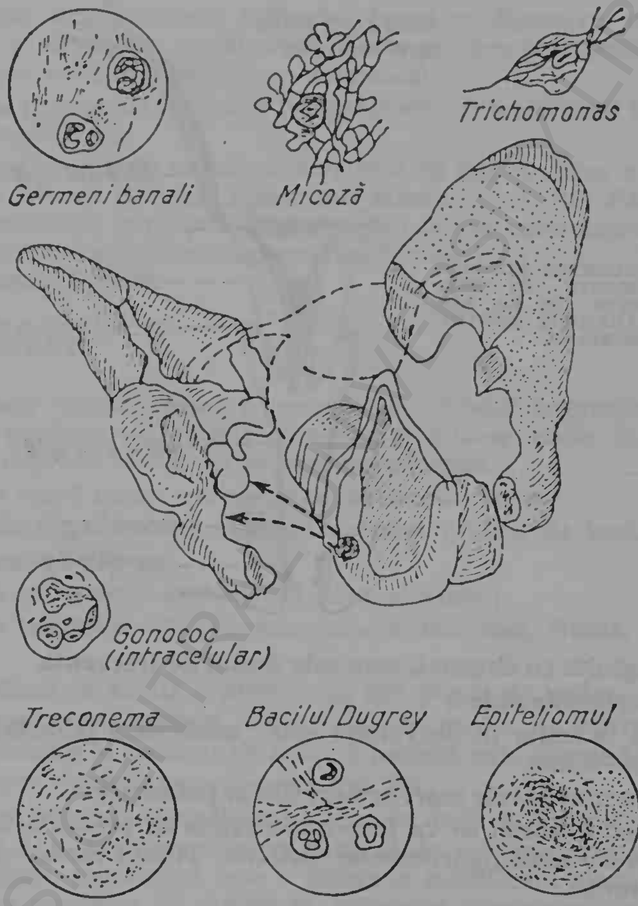


FIG. 30 — INFECȚIILE ȘI INFLAMAȚIILE CELE MAI FRECVENTE SÎNT CU CIUPERCI, CU TRICOMONAS ȘI, MAI RAR, GONOCOCICE

— vulvita gonococică este rară, cu secreție purulentă abundentă și însoțită întotdeauna de simptome urinare ;

— vulvita micotică este destul de frecventă și se recunoaște ușor ;

— vulvo-vaginita cu corp străin se manifestă ca o infecție a vaginului care se prelungește de luni de zile și care poate fi amendată numai după ce a fost îndepărtată cauza ;

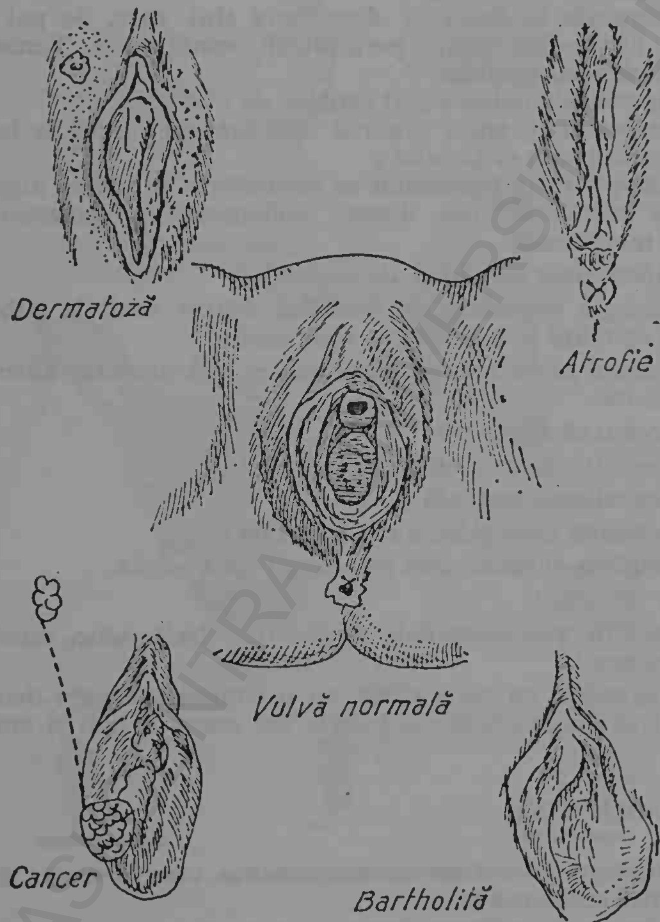


FIG. 31 — LA NIVELUL VULVEI POT FI PREZENTE ȘI LEZIUNI DERMATOLOGICE, LEZIUNI DE ATROFIE ȘI, MAI RAR, NEOPLAZICE

— infecția căilor urinare la fetițe și la adolescente este frecventă și trebuie depistată și tratată pînă la sterilizarea căilor urinare pentru că aceste infecții pot să lase urme care se manifestă mai tîrziu.

b) *Traumatismele vulvei* sînt cauzate de leziuni provocate de lenjerie, loviri, căderi, plăgi. Unele sînt grave și trebuie să profite de un tratament chirurgical ;

— tumorile la fetița în dezvoltare sînt rare. Se pot constata polipi ai himenului, polipi periuretrali, condiloame. Tumorile maligne sînt rare dar posibile.

c) *Anomaliile vulvare* sînt cauzate de :

— coalescența, adică alipirea labiilor care duce la închiderea aproape completă a orificiului ;

— imperforația himenului se recunoaște de obicei după pubertate și se manifestă prin dureri abdominale și pelviene și lipsa scurgerii menstruale.

d) *Afecțiunile colului și ale vaginului.*

Morfologia vaginului se modifică foarte mult la pubertate în sensul că epiteliul se îngroașă și apar bacili.

Examenul se va face întotdeauna cu instrumentar adecvat și cu menajamente.

Va trebui să apreciem :

— dezvoltarea morfologică generală ;

— dezvoltarea genitală ;

— prezența unei infecții sau infestări ;

— originea și cauza unei hemoragii dacă există.

Vom deosebi :

— infecții vulvo-vaginale nespecifice, bacteriene, micotice sau cu tricomonas ;

— vaginitele cu corp străin au o simptomatologie deosebită și dacă nu sînt diagnosticate și tratate pot persista luni și ani de zile.

Dismenoreea

Se înțelege prin dismenoree prezența unor senzații dureroase în momentul menstruației.

Eliminarea sîngelui și a mucoasei uterine este însoțită de contracții expulsive ale mușchiului uterin. Cauza durerii menstruale este explicată printr-un spasm al colului uterin, cogestie și uneori infecții. Există și dismenorei psihogene.

De obicei există concomitent două şi chiar trei cauze (fig. 32).

La examenul fetiţei ne vom interesa de momentul cînd încep durerile, moment care poate să fie :

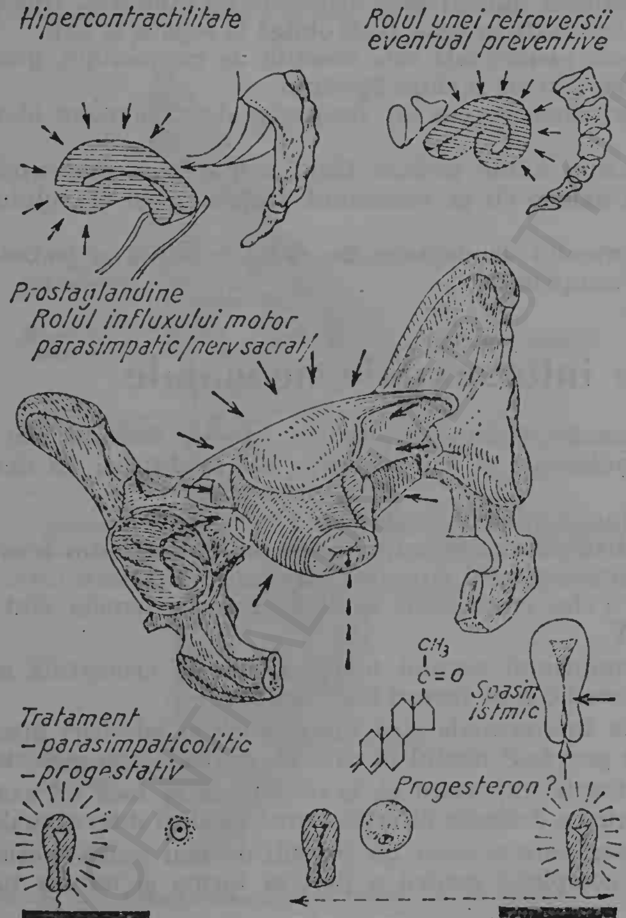


FIG. 32 — DISMENOREEA ARE CAUZE MULTIPLE

— durere declanşată în momentul apariţiei scurgerii, aceasta denotă o cauză spasmotică ;

— durerea care precedă metroragia cu cîteva ore, este durere de origine congestivă ;

— durerea care apare mai tîrziu are semnificaţia unei cauze inflamatorii.

După localizarea durerii ea poate să fie pelviană sau suprapubiană, asemănătoare contracţiilor uterine din travaliu.

Intensitatea durerii este în raport cu etiologia. Uneori poate fi banală, alteori este intensă, încît obligă la repaus la pat.

Durerea menstruală este însoţită de nervozitate, greaţă, vărsături, cefalee, astenie şi chiar lipotimii.

Uneori dismenoreea se însoţeşte de fenomene alergice şi de migrene.

Examenul clinic trebuie făcut complet, acesta cuprinzînd atît examenul extern cît şi examenul vaginului şi al colului şi tuşeul rectal.

Tratamentul va depinde de cauza stabilită şi trebuie făcut de un medic competent.

Stările intersexuale neonatale

Formează un grup de tulburări care se constată atît la naştere cît şi la pubertate şi sînt cauzate de modificări în determinarea sexului.

Sexul unui subiect depinde de :

Numărul cromozomilor, care la om sînt 46, din aceştia 44 sînt cromozomi aşa-numiţi autosomi, care sînt purtătorii caracterelor somatice şi 2 sînt cromozomi sexuali, care la femeie sînt XX iar la bărbat XY.

Determinismul sexului mai depinde de cromatina sexuală, de factorul gonadic şi de factori hormonali.

Stările intersexuale sînt foarte rare şi adeseori greu de încadrat şi de prevăzut modul în care se va desfăşura pubertatea.

Este foarte important ca la naştere să se facă un examen amănunţit pentru a delimita diferite forme de stări intersexuale.

Adeseori este necesar un consult de mai mulţi specialişti şi investigaţii complexe pentru a preciza forma şi natura tulburărilor.

Îmbolnăvirile sînului

Sînul — glanda mamară — este un organ extrem de important pentru specie. El ajută la dezvoltarea şi adaptarea nou-născutului la viaţa extrauterină (fig. 33, 34, 35).

Îmbolnăvirile pe care le întîlnim sînt :

1. *La naştere :*

— criza genitală, neonatală care este destul de frecventă şi se desfăşoară sub influenţa hormonilor mamei, mai ales estrogeni. Manifestarea începe în primele zile ale vieţii. Mamelonul este conges-

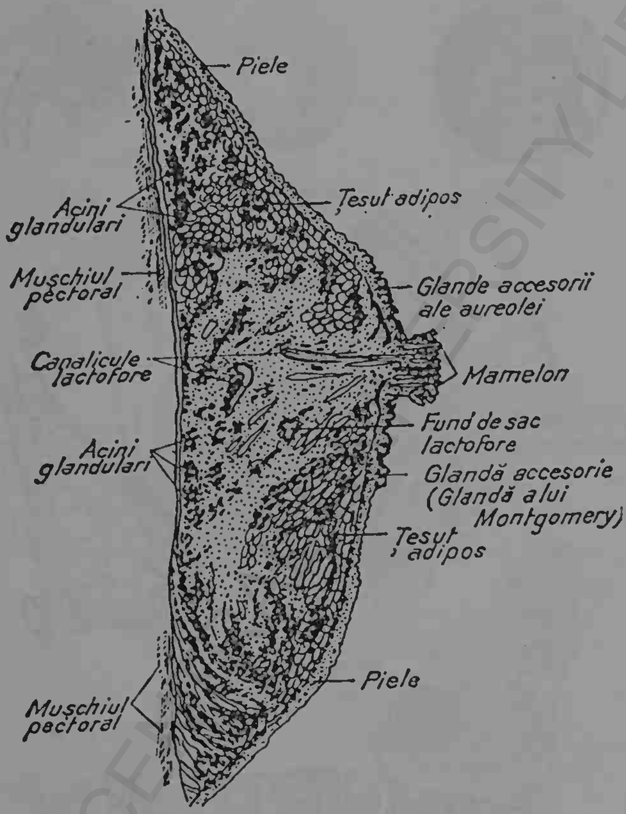


FIG. 33 — STRUCTURA HISTOLOGICĂ A GLANDEI MAMARE

tionat, proeminent, indurat şi la palpare se simte o formaţiune nodulară. Manifestarea poate fi însoţită şi de o uşoară metroragie. Induraţia locală uneori poate fi pronunţată, încît dă impresia unei tumefacţii cauzată de o infecţie. Manifestarea trebuie interpretată cu competenţă şi prudenţă pentru a nu se ajunge la incizii bioptice sau ablaţie.

— infecțiile adevărate sînt rare, dar se pot grefa pe fenomenele congestive neonatale. Tratamentul va consta în antibiotice și pe cît se poate se va evita drenajul chirurgical.

Anomaliile congenitale ale sînului sînt de două feluri :

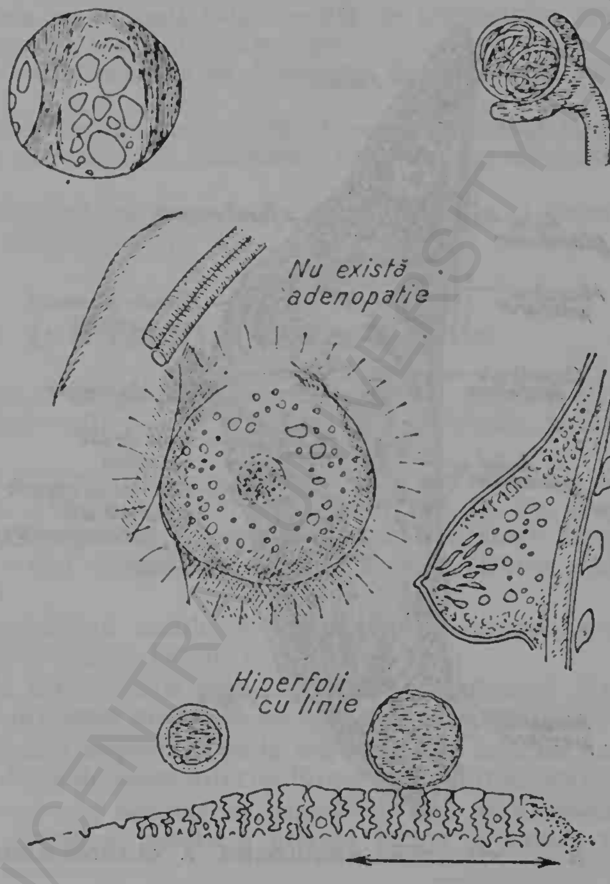


FIG. 34 — STRUCTURA SÎNULUI NORMAL ȘI INFLUENȚELE HORMONALE

— anomalii prin exces care constau în mameloane supranumerare, cînd există 3—8 mameloane, așezate pe marginea anterioară a axilei, care se întind pînă la creasta inghinală. Cînd sînt mai mult de 2 este preferabil să se extirpe înainte de trei ani.

— anomalii prin lipsă, în care se constată absența mamelonului, însoțită de obicei și de alte malformații congenitale.

2 *La vîrsta impuberă* se întîlnesc următoarele stări :

— infecția este rară, dar poate coexista cu infecții ale copilă-

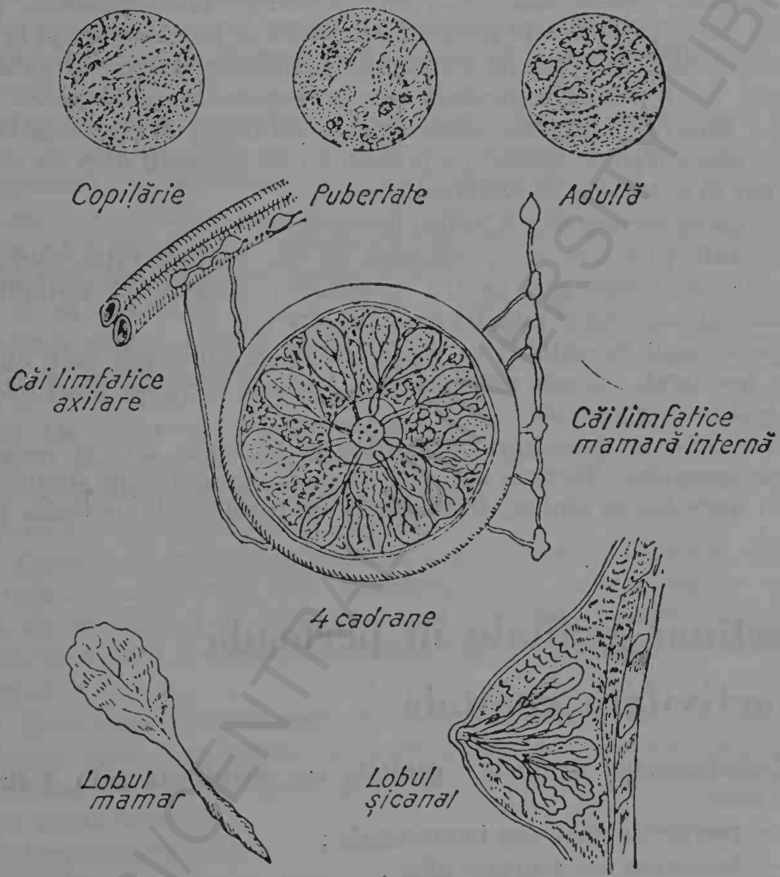


FIG. 35 — MODIFICĂRILE SINULUI ÎN DIFERITE ETAPE ALE VIEȚII

riei ca erizipelul sau furunculoza, care ajunge pînă în zona mamelonului. Chirurgia nu trebuie să intervină pentru a nu deforma regiunea.

— Tumorile sînului sînt rare și atunci cînd există sînt mai ales angioame, care pot fi tratate prin aplicații de zăpadă carbonică. Tumorile benigne, la fel cu cele maligne, sînt rare.

Hipertrofia mamară este rară și se întîlnește după pubertate.

Ginecomastiile apar după 1—2 ani cînd se produce o dezvoltare mamară armonioasă, sînul este dezvoltat, are consistență granulară, dar cîteodată este greu de precizat mai ales la o fetiță grasă. Nu există nici un semn de pubertate, pilozitatea axilară și pubiană lipsește, iar morfologia genitală este corespunzătoare vîrstei.

— Aportul estrogenic extern poate influența dezvoltarea sînului, de aceea trebuie aplicat cu prudență căci cantități mici de estrogeni pot să antreneze dezvoltarea sînului.

3. *La pubertate* se pot întîlni următoarele stări :

— infecțiile sînt rare, cancerul de sîn lipsește întotdeauna și adenofibromul este rar, pentru precizarea diagnostică putîndu-se efectua mamografia și puncția exploratoare ;

— excesul dezvoltării se poate întîlni la subiectele care au un exces ponderal. Glanda mamară este formată 50% de țesut adipos și în rest țesut glandular.

Insuficiența dezvoltării se întîlnește la unele fete și necesită sutiene speciale. Terapia cu estrogeni și progesteron stimulează uneori dezvoltarea sînilor, fiind aleasă cu rezultate bune, calea percutană.

Afecțiuni genitale în perioada de activitate genitală

Îmbolnăvirile organelor genitale se manifestă prin 3 simptome mari :

— pierderile roșii, sau hemoragiile ;

— leucoreea sau scurgeri albe ;

— durerea.

De cele mai multe ori hemoragiile genitale sînt tulburări menstruale prin insuficiență sau prin exces.

Inflamațiile sînt afecțiuni microbiene.

Procesele tumorale sînt neoplazii.

Hemoragiile genitale

Hemoragia impresionează și domină patologia aparatului genital al femeii. Ea poate să fie internă atunci cînd se rupe ovarul, uterul. sau trompa cum se întîmplă în sarcina extrauterină. De cele mai multe ori hemoragia este externă, cînd sîngele se prelinge prin vulvă.

Hemoragiile se pot produce deodată cu ciclul menstrual sau să apară între cicluri. Primele sînt menoragii, iar celelalte sînt metroragii.

După formă, hemoragia poate fi sub formă de cheaguri și în acest caz este produsă de obicei de avort. Alteori, sîngele este fluid în tumorile uterine. Hemoragia poate să fie spontană sau provocată de mici traumatisme cum este contactul sexual, spălături vaginale, și ele au o semnificație gravă, căci de multe ori pot să reprezinte prima manifestare a unui cancer uterin.

După cantitatea sîngelui pierdut, hemoragia poate fi redusă în fibromul uterin, chistul de ovar, inflamații genitale, cancer incipient. Ea poate fi abundentă în avorturi și unele fibroame. Scurgerea de sînge poate fi continuă în avorturile incomplete sau intermitentă. De asemenea, sîngele pierdut poate avea aspecte diferite. El poate fi roșu deschis în avort și fibrom, maroniu în sarcină extrauterină, în ou mort și reținut, spălăcit și mirositor în cancer, fibroame și avorturi infectate.

Cauzele hemoragiilor genitale pot fi uneori generale, cauzate de tulburări endocrine, boli infecțioase, boli ale sîngelui, cu tulburări ale procesului de coagulare, boli nervoase, psihice, emoții violente, inflamații și traumatisme, tulburări de descuamare a mucoasei uterine.

Hemoragia genitală poate fi acompaniată de dureri care au semnificația unui corp străin intrauterin sau a unei inflamații grave.

Observînd hemoragiile genitale trebuie să facem o distincție după vîrsta bolnavei.

Vom deosebi :

— hemoragia neonatală

— în jurul pubertății 90% din hemoragii sînt datorate tulburărilor hormonale cauzate de disfuncția centrilor nervoși superiori și a hipofizei.

La femeia în perioada de activitate genitală sercina extrauterină și avortul sînt cauze frecvente de hemoragie.

— între 35—40 de ani se pune problema unui fibrom sau cancer de col uterin. La această vîrstă sînt frecvente şi hemoragiile datorite tulburărilor hormonale mai ales înainte de menopauză. După menopauză o sîngerare este totdeauna suspectă de cancer al corpului.

Leucoreea

Leucoreea, sau pierderile albe, este foarte frecventă şi este diferit apreciată de bolnave. Unele se alarmează de o mică scurgere fără importanţă, pe cînd altele prezită scurgeri rozate, mirositoare, luni de zile fără să le dea importanţă.

Leucoreea poate fi fiziologică cînd se prezintă ca o secreţie puţin abundentă, incoloră, cu aspect mucos şi nu pătează lenjeria, ea este produsă de descuamarea celulelor epiteliului vaginal şi de secreţia glandelor cervicale şi uterine. Aceasta are o reacţie acidă şi intervine în procesele de apărare faţă de infecţii.

Leucoreea patologică este abundentă. În anumite infecţii ale vaginului şi colului ea este caracteristică.

Leucoreea spumoasă, aerată, cu miros de mucegai însoţită de arsuri şi mîncărime, este caracteristică pentru infestările cu tricomonas.

Leucorea albă, brînzoasă, consistentă, apare de obicei în micozele vaginale.

Leucoreea rozată, fetidă, trebuie să ne atragă atenţia eventual asupra unui proces neoplazic.

Leucoreea galbenă, verzuie, cremoasă, pruriginoasă şi abundentă este caracteristică pentru o infecţie gonococică.

Trebuie să reţinem că la fetiţe, leucoreea de cele mai multe ori are o cauză vulvară, pe cînd la femeia în perioada de activitate genitală cauzele sînt vaginale şi cervicale.

În timpul pubertăţii intervin adeseori tulburări hormonale.

Leucoreea produce o iritaţie a mucoasei, cu congestie încît raportul sexual este dureros, iar mersul este jenat din cauza iritaţiei de pe faţa internă a coapselor.

Din cauza multiplelor semnificaţii pe care le poate avea leucoreea, ea nu trebuie neglijată mai ales atunci cînd este abundentă, mirositoare.

Cea mai mare parte dintre bolnave se prezintă la medic pentru durere. O bolnavă mai puţin sensibilă suportă timp îndelungat tulburări genitale destul de grave.

Durerea poate fi cauzată de excitanţii multipli şi variaţi care acţionează asupra receptorilor de la nivelul organelor genitale şi senzaţiile sînt conduse prin căile nervoase la nivelul creierului şi apare senzaţia de durere.

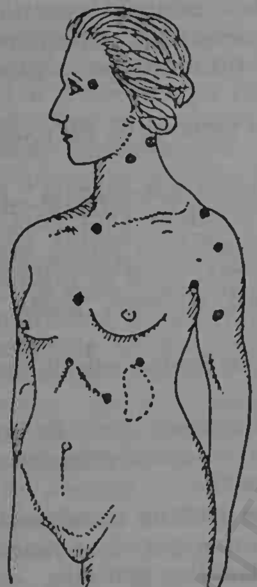


FIG. 36 — ÎN DIFERITE SUFERINŢE GENITALE SE MANIFESTĂ DURERI LA DISTANŢĂ CARE UNEORI AU SEMNIFICAŢIE PENTRU DIAGNOSTIC

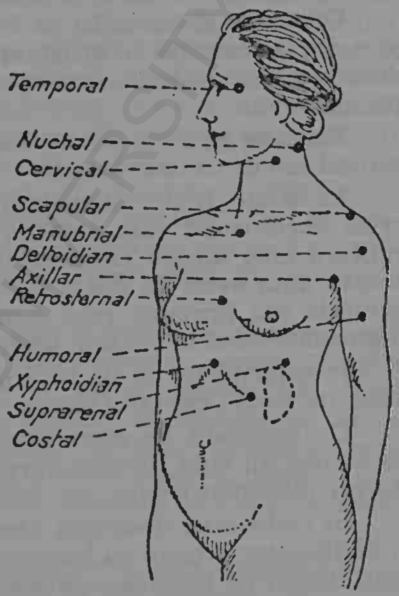


FIG. 37 — ÎN DIFERITE FORME DE SUFERINŢE GENITALE BOLNAVA ESTE OBLIGATĂ LA NUMITE POZIŢII CARE SÎNT CALMANTE

Durerea în afecţiunile ginecologice este localizată de cele mai multe ori în etajul abdominal inferior sub nivelul ombilicului şi deasupra simfizei pubiene. Alteori în regiunea sacro-lombară. Localizarea în flancuri are semnificaţia unei interesări a aparatului urinar sau digestiv, precum şi leziuni osoase, articulare, musculare sau nervoase, pelviene. Cîteodată durerile sînt de natură psihogenă.

După cum vedem, cauzele durerilor genitale sînt multiple și pot fi unice sau acosiate. Trebuie să menționăm că sînt situații în care afecțiunea ginecologică se manifestă prin dureri cu localizare la distanță de zona genitală, de exemplu în umăr (fig. 36).

Durerea poate fi o manifestare izolată a unei afecțiuni genitale, putînd să apară asociată cu hemoragia și leucoreea. Ea poate prezenta caractere diferite, în funcție de intensitate, iradiere, durată, localizare. Intensitatea variază în funcție de percepția și reacția la durere, deci de tipul de sistem nervos. Percepția durerii depinde de integritatea receptorilor nervoși, iar reacția la durere diferă după tipul de sistem nervos al persoanei bolnave.

Organele genitale ca și toate organele cavitare reacționează prin durere cauzată de inflamație, distensie, spasmele musculare care diminuează circulația sîngelui, precum și tracțiuni pe organe sau pe ligamente.

Durerea genitală poate fi spontană sau provocată, de examenul genital sau de contact sexual.

Ea poate fi de intensitate mare, realizînd așa-numita „marea criză dureroasă", care survine în caz de accident acut cum ar fi ruptura unei sarcini extrauterine, a unei trompe cu puroi, sau torsiunea unui ovar. Ea poate fi de intensitate mai mică în inflamațiile genitale sau fibroase, care comprimă țesutul. Durerea poate fi de intensitate mică în deviații uterine și prolaps.

În diferite forme de suferințe genitale, bolnava este obligată la anumite poziții care sînt calmante (fig. 37).

O clasificare cu semnificație pentru diagnostic este în funcție de momentul cînd survine durerea în raport cu ciclul menstrual sau dureri intermenstruale, sau cele premenstruale.

În încheierea descrierii acestui simptom trebuie să adăugăm că și bolile altor organe cu localizare extrapelviană pot să se manifeste prin dureri cu localizare caracteristică afecțiunilor genitale.

Metroragia

Este frecventă în afecțiunile genitale și sindroamele hemoragice pe care le împărțim în două mari grupe : cele legate de sarcină și sîngerările în afară de sarcină.

a) Hemoragiile din timpul sarcinii pot fi datorate unor tulburări în dezvoltarea normală a produsului de concepție, „avort dezlipire de placentă", sau unor factori care coexistă cu sarcina „inflamația sîngerîndă a colului, cancerul de col, plăgile vaginale".

Hemoragiile proprii sarcinii sînt semnalate de un început de dezlipire a oului de peretele uterin, care pot duce la o întrerupere a sarcinii prin avort în primele 6 luni şi naştere prematură după aceea.

Hemoragiile din avort sînt cu sînge roşu, fluid şi în cantitate nu prea abundentă, însoţite de dureri datorate contracţiilor uterine. Hemoragia este abundentă şi cu cheaguri după ce avortul s-a produs.

Dacă în avortul incipient hemoragia se produce din cauza unei dezlipiri parţiale a oului, în avortul efectuat ea se datorează persistenţei în cavitatea uterină a unor resturi din ou. Hemoragia va continua pînă cînd aceste fragmente vor fi evacuate.

Hemoragiile din ultimele 3 luni de sarcină sînt mai grave pentru că pe de o parte sursa hemoragiei este zona placentară, iar pe de altă parte există pericolul debilităţii sau morţii unui făt care altfel ar fi fost viabil. În această perioadă hemoragiile pot apărea datorită unei inserţii a placentei pe regiunea segmentului inferior al uterului. Această stare se numeşte placenta praevia. Sîngerarea mai poate fi cauzată de dezlipirea unei placente inserată normal.

În placenta praevia hemoragia este în general cu sînge roşu, fluid, în cantitate crescîndă, avînd tendinţa la repetiţie şi nu este însoţită de durere sau de contracţii. În dezlipirea de placentă normal inserată, sîngele este negricios, uterul este contractat, dureros şi se instituie o stare gravă de şoc.

Indiferent de stadiul sarcinii în care survin aceste hemoragii, ele constituie un simptom grav care poate pune în pericol chiar şi viaţa viitoarei mame. Dacă de multe ori mama este salvată, fătul mai puţin rezistent poate muri fie înainte de naştere fie după aceasta, datorită anemiei în care a trecut. În afară de aceste accidente, sîngerările duc la pierderea de globule roşii, şi implicit la o stare de anemie care determină stări de oboseală şi scăderea capacităţii de muncă pe timp îndelungat.

Pentru aceste motive, încă de la începutul unei sîngerări chiar minime, gravida trebuie să se prezinte la un specialist ginecolog pentru a indica tratamentul necesar. Transportul acestor bolnave este bine să se facă cu salvarea în condiţii optime.

Hemoragiile care se produc după naşterea copilului sînt datorate de obicei unor perturbări în procesul de dezlipire a placentei sau unor rupturi a părţilor moi. Deoarece naşterea se desfăşoară de cele mai multe ori într-un serviciu specializat, tratamentul de urgenţă va fi asigurat de către personal competent.

b) Hemoragiile în afară de graviditate sînt de obicei tulburări ale ciclului menstrual. Am expus la capitolul de fiziologie că un ciclu menstrual normal se repetă la 21, 28, 35 zile, durează 3—6 zile, iar cantitatea sîngelui pierdut variază între 30—100 ml. Men-

struaţia nu este dureroasă, sîngele nu este cheaguri şi este nemirositor.

Orice anomalie a acestor caractere trebuie să ne facă să consultăm medicul specialist.

Tulburările menstruale se produc ca rezultat al modificărilor hormonale produse de diferite afecţiuni ale uterului şi ovarului.

Absenţa menstruaţiei, adică amenoreea, poate fi fiziologică în sarcină sau în primele luni după naştere sau patologică în celelalte situaţii.

Amenoreea poate fi primară dacă femeia nu a avut niciodată menstruaţie. Aceasta se întîmplă la persoanele cu absenţa uterului sau a ovarelor, precum şi cu îmbolnăviri ale hipofizei. Amenoreea secundară se datorează unor tulburări ale glandelor endocrine şi sistemului nervos, care participă la realizarea funcţiunii ciclice a organelor genitale.

Dintre tulburările de ritm menstrual vom deosebi : bradimenoreea, cînd ciclurile sînt rare, spaniomenoreea, cînd ciclurile sînt scurte şi tahimenoreea, cînd ciclurile sînt frecvente.

Tulburările cantitative se manifestă prin hipomenoree, cînd fluxul menstrual este redus şi hipermenoree cînd fluxul este abundent.

După durata ciclului avem următoarele forme : oligomenoree „durată redusă", „polimenoree", durată peste 7 zile şi „menoragii", durată peste 10 zile.

Există situaţii în care femeia nu mai poate distinge ciclul menstrual şi atunci vorbim de menometroragie.

Inflamaţiile genitale

Inflamaţiile genitale sînt boli de origine infecţioasă ale aparatului genital feminin, cauzate de microbi, ciuperci, paraziţi. Infecţiile sînt favorizate de lipsa de igienă, de manopere, explorări, intervenţii ginecologice, de raporturi sexuale.

Bineînţeles că la scăderea rezistenţei organismului şi creşterea sensibilităţii lui faţă de germeni, mai contribuie factori de mediu extern, ca frigul, umezeala, oboseala, surmenajul, sau de mediul intern, congestia genitală.

După localizare deosebim forme joase ale inflamaţiilor în vulvite, vaginite, cervicite şi forme înalte cînd inflamaţia interesează uterul, trompele, ovarele.

Vulvita şi vaginita se manifestă prin arsuri, mîncărimi, scurgeri albe, uneori tulburări urinare, usturimi la micţiune, micţiuni frecvente, jenă la contactul sexual.

Inflamaţiile colului — cervicitele —, produc o leucoree gelatinoasă chiar purulentă, fetidă, cu mici striuri de sînge, durerea de cele mai multe ori fiind provocată de contactul sexual sau de interesarea inflamatorie a zonelor vecine.

Inflamaţiile uterului poartă numele de metrite, iar atunci cînd infecţia este localizată numai la mucoasa uterină, de endometrite. Ele se manifestă prin durere şi jenă permanentă în regiunea pelviană şi sacrolombară, prin scurgerea albă şi prin tulburări de ciclu.

Localizarea procesului inflamator la trompe şi la ovare constituie anexita. Ea se manifestă prin dureri în etajul abdominal inferior cu predominanţa de partea anexei bolnave, dureri care pot fi de mare intensitate în formele acute şi exacerbate de eforturi, stări congestive, mobilizări bruşte în formele cronice. Un alt semn important îl reprezintă menoragiile şi metroragiile din cauza congestiei pelviene şi a dereglării funcţiei hormonale a ovarului inflamat. Febra este mare în formele acute, în timp ce formele cronice sînt caracterizate prin subfebrilitate.

Propagarea infecţiei la peritoneul care înveleşte organele genitale, constituie pelviperitonita la care simptomele se exacerbează, se adaugă frisoane, greţuri, vărsături, tulburări de tranzit, balonare.

Inflamaţia ţesutului celular din spaţiile situate între peritoneu şi planşeul pelvian constituie parametritele care se manifestă prin dureri, febră ridicată şi frisoane repetate.

Bolile venerice

Un capitol aparte în cadrul infecţiilor genitale îl constituie bolile venerice, boli în care majoritatea cazurilor se transmit prin contact sexual. Bolile pe care le întîlnim sînt : sifilisul, blenoragia, şancrul moale, boala Nikolas Favre şi tricomoniaza vaginală. *Sifilisul* este cea mai veche şi cea mai gravă dintre bolile venerice prin durata şi posibilitatea interesării diferitelor organe din corpul omenesc. Este datorat unui microorganism în formă de spirală care se vede numai la microscop şi care se numeşte treponema palida. Treponema este foarte puţin rezistentă în mediul extern, dar pătrunde cu uşurinţă în timpul contactului sexual prin zgîrieturile existente întotdeauna la nivelul organelor genitale.

La locul de pătrundere, după 21—25 zile de la contactul infectant, apare o ulceraţie mică, roşie aprinsă, rotundă, nedureroasă şi

dură. Această leziune se numește sifilon primar sau șancru sifilitic. Ganglionii din vecinătate sînt măriți dar nedureroși. Ulcerația se vindecă chiar dacă nu este tratată după circa 30 de zile, căci spirocheta se răspîndește în tot organismul, localizîndu-se în diferite organe, de unde se revarsă apoi periodic în sînge, producînd erupții pe piele. Aceasta este perioada numită secundară care apare la aproximativ 3 luni de la infecție, în absența tratamentului și se caracterizează prin apariția unei erupții rozacee pe corp. Pentru diagnostic este important că la aproximativ 45 de zile de la infecție apar în sînge anticorpi care pot fi puși în evidență printr-o reacție caracteristică.

Dacă în faza sifilisului secundar nu s-a aplicat nici un tratament, erupția dispare, dar reacția este tot pozitivă, deci boala rămîne în faza latentă și apoi trece în faza terțiară cînd spirocheta se localizează în diferite organe dînd leziuni distructive care se numesc gome și a căror gravitate este în funcție de organul atins.

Faza terțiară apare la 3—4 ani de la începutul infecției și cele mai grave leziuni sînt la nivelul ficatului, inimii și vaselor, precum și la nivelul sistemului nervos central.

Posibilitățile de transmitere a infecției sînt mai mari în faza I și a II-a cînd spirocheta poate trece cu ușurință la partener prin contact sexual, sărut sau prin folosirea obiectelor de toaletă.

Există o formă de sifilis latent care poate fi evidențiată numai prin analiza sîngelui și care este cu atît mai gravă cu cît posibilitățile de transmitere sînt crescute pentru că persoana infectată nu cunoaște existența bolii.

La gravidele sifilitice, spirocheta trece prin placentă la copil, transmițîndu-i boala și dînd sifilisul congenital cu manifestări imediate sau tardive.

Blenoragia nu este nici pe departe atît de gravă ca sifilisul, dar prezintă o mare importanță fiind mai răspîndită.

Boala poate să apară la orice vîrstă este transmisă nu numai prin contact sexual ci prin obiecte de toaletă intimă infectate. Nou-născuții fac o formă de boală cu localizare oculară numită oftalmia gonococică, infectîndu-se în timpul nașterii, boală care poate duce la orbire. Microbul răspunzător de apariția bolii poartă numele de gonococ și boala se mai numește gonoree.

Simptomele prin care se manifestă blenoragia sînt mai accentuate la bărbați decît la femei. La 3—5 zile de la contactul cu o persoană bolnavă, apare la nivelul canalului uretal o scurgere galben-verzuie, însoțită de usturimi la urinare. Dacă nu este tratată, se poate ajunge la complicații, stricturi uretrale, inflamații ale vezicii, uretrei, prostatei, și mai ales la sterilitate.

Tricomoniaza se pare că este în momentul de față cea mai frecventă boală venerică. Ea este produsă de un protozoar numit trichomonas vaginalis, care poate trăi în vagin, gură, intestin, bazine de înot. Pot fi infectate persoane de orice vîrstă, mai ales începutul vieții sexuale. Boala este prezentă întotdeauna la ambii parteneri dar de cele mai multe ori la bărbați nu este manifestă.

Transmiterea se poate face prin contact sexual fie prin obiectele comune de toaletă, lenjerie, căzi de baie folosite anterior de o persoană bolnavă. Parazitul odată cantonat la nivelul organelor genitale, se răspîndește, putîndu-se dezvolta în toate segmentele aparatului urinar și genital.

Boala se manifestă printr-o secreție vaginală, lichidă, albicioasă, spumoasă cu miros de mucegai, prurit și arsuri. Dacă nu este tratată, boala se cronicizează și din cînd în cînd se agravează.

La bărbați simptomele sînt asemănătoare, dar mai șterse, cu prurit la nivelul uretrei și o scurgere purulentă seroasă.

Șancrul moale este produs de un bacil în formă de butoiaș și se manifestă prin 3—4 ulcerații purulente, moi și foarte dureroase, situate pe organele genitale externe.

Boala *Nikolas Favre* este produsă de un virus și se manifestă ca o rană de dimensiunea unui ac de gămălie, putînd trece neobservată. După 3—4 săptămîni, apare o supurație a ganglionilor inghinali care se poate întinde la intestinul gros dînd scurgeri purulente prelungite.

Lupta împotriva bolilor venerice nu este o sarcină ușoară. Trebuie să existe o colaborare strînsă între bolnav și medicul specialist, un înalt grad de conștiință și de educație sanitară a bolnavului precum și condiții sanitare asigurate.

De cea mai mare importanță este crearea conștiinței și a necesității prezentării la medic imediat după apariția primelor simptome suspecte de o boală venerică, de asemenea se impune declararea sursei de infecție. Numai în acest fel se poate împiedica răspîndirea bolii în propriul organism sau la alte persoane. Este greșită atitudinea unor oameni care din motive de pudoare preferă să devină niște suferinzi cronici decît să se prezinte la medic.

Adolescentul și adultul trebuie să-și aleagă în așa fel partenera sexuală, încît să evite orice situație cu potențial infectant. Menționăm că principalele surse de contaminare sînt partenerii ocazionali întîmplători sau persoane necunoscute.

Tratamentul și consultațiile dermatoveneriene fiind secrete și gratuite, creează toate premisele atît pentru vindecarea rapidă și completă în condiții de economie deosebită, cît și păstrarea anonimatului persoanei în cauză.

Afecţiuni tumorale

Afecţiunile tumorale ale organelor genitale pot fi împărţite după caracterul infiltrativ şi de propagare la ţesuturile din vecinătate şi după prognostic, în tumori benigne şi maligne. Atît tumorile benigne cît şi cele maligne pot fi localizate la oricare dintre segmentele organelor genitale.

Tumorile benigne sînt bine delimitate faţă de ţesuturile din jur şi adeseori sînt înconjurate de o membrană despărţitoare care uşurează extirparea lor chirurgicală.

Fibromul uterin este una din cele mai frecvente tumori benigne întîlnite în a 4-a şi a 5-a decadă a vieţii. Factorul favorizant al dezvoltării sale este creşterea secreţiei de estrogeni şi deficitul progesteronului.

Fibromul uterin se manifestă prin creşterea mai rară în bloc, dar mai des sub formă de noduli mici sau mari ale ţesutului uterin. Consistenţa sa variază după predominanţa fibrelor musculare sau a ţesutului conjunctiv. Formaţiunile nodulare se pot dezvolta fie spre cavitatea uterină, fie spre cea peritoneală, fie rămînînd limitate la stratul muscular al uterului (fig. 38, 39).

Bolnavele cu fibrom se consultă de cele mai multe ori pentru hemoragii care pot avea caracterul unei menoragii sau metroragii. Mai rar durerea este simptomul care aduce femeia la medic. Ea apare atunci cînd fibromul este mare şi comprimă organele din jur : vezica, rectul, nervii pelvieni, cu care ocazie apar manifestări din partea acestor organe. Fibroamele complicate cu procese degenerative de asemenea produc dureri.

După menopauză se produce o regresiune spontană a procesului tumoral, fapt pentru care fibroamele trebuie operate numai atunci cînd produc hemoragii îndelungate şi abundente, dacă provoacă dureri accentuate şi continue sau dacă sînt foarte voluminoase.

Tumorile chistice localizate la ovar sînt de obicei tumori benigne formate dintr-o pungă plină cu conţinut lichid şi ele pot fi întîlnite atît la adolescente cît şi la femeia în vîrstă.

Un caracter important al tumorilor ovariene îl reprezintă faptul că unele dintre ele pot avea o secreţie endocrină elaborînd în cantitate mare hormoni estrogeni sau luteină. Simptomele prin care se manifestă variază în funcţie de această proprietate şi sînt însoţite uneori de hemoragii şi alte semne de hiperactivitate hormonală. Unele semne sînt însă comune şi anume creşterea în volum a abdomenului, dureri prin comprimarea organelor vecine şi modificări ale funcţiei acestor organe.

După mărimea lor se împart în tumori cu dezvoltare intrapelviană și tumori cu dezvoltare în cavitatea abdominală. Unele formațiuni de volum mic se pot vindeca printr-un tratament corect con-

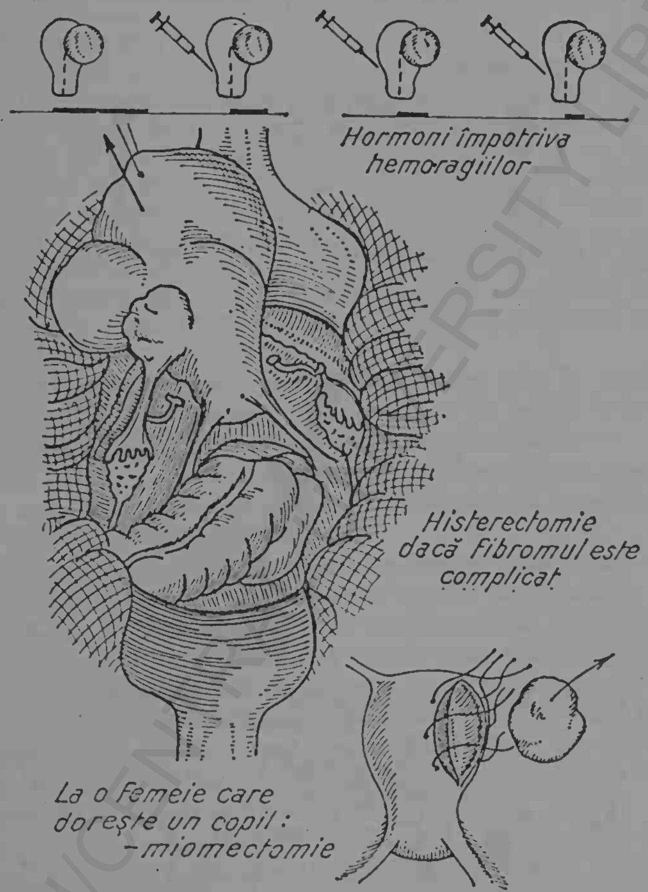


FIG. 38 — LOCALIZAREA FIBROMULUI IMPUNE CONDUITA TERAPEUTICĂ CARE POATE AJUNGE LA EXTIRPAREA NUMAI A NODULULUI SAU A UNEI PĂRȚI DIN UTER

dus. Acele formațiuni care persistă după un astfel de tratament și care au un volum mai mare, necesită extirparea chirurgicală pentru că există posibilitatea unei degenerescențe maligne.

Tumorile maligne se caracterizează prin invadarea țesuturilor vecine ; această invadare se poate efectua atît local din aproape în aproape, cît și la distanță prin așa-numitele metastaze. Acestea sînt însă niște insule de celule canceroase plecate prin focarul primitiv

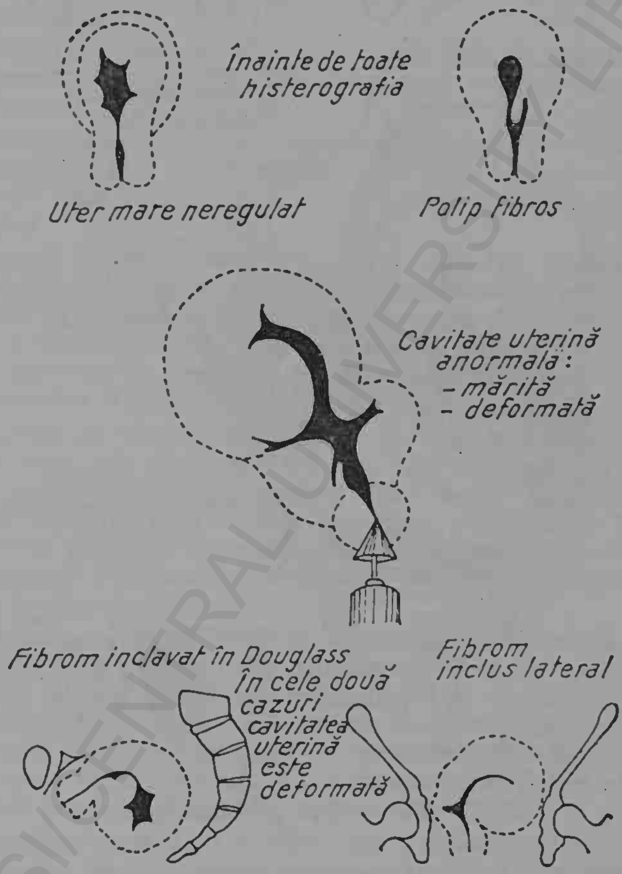


FIG. 39 — FIBROMUL DEFORMEAZĂ CAVITATEA UTERINĂ ÎMPIEDICÎND BUNA CUIBĂRIRE A OULUI ȘI POATE DUCE LA STERILITATE ȘI AVORT

care se dezvoltă apoi pe cont propriu. Ele au tendință la recidivare datorită imposibilității extirpării în totalitate a celulelor canceroase care au proprietăți infiltrative deosebite.

Tumorile maligne în afară de semnele locale de pe organul afectat, produc simptome generale datorită intoxicării organismului cu substanțe rezultate din activitatea modificată a celulelor neoplazice.

Dintre cancerele genitale cel de col uterin și de sîn sînt cele mai frecvente. Cancerul genital spre deosebire de cancerul altor organe este localizat în regiuni ușor accesibile examenului medical, ceea ce favorizează un diagnostic precoce. Dar ignoranța, teama de examinare și pudoarea rău înțeleasă fac ca multe femei să se prezinte la medic într-o fază depășită de posibilitățile actuale ale medicinii. Trebuie să precizăm că diagnosticul de cancer nu înseamnă neapărat moarte sigură în scurt timp și deci refuzul oricărui tratament conform concepției că „tot nu folosește". Din contra trebuie să facem totul ca tratamentul să fie instituit într-o fază cît mai timpurie. Diagnosticul precoce în fazele inițiale cînd celulele canceroase nu au invadat încă țesuturile vecine și cînd nu au produs încă metastaze, asociat cu o conduită medicală promptă și adecvată au salvat nenumărate vieți.

Frecvența cea mai mare a cancerului genital este în jurul vîrstei de 40—60 de ani, dar depășirea acestor limite de vîrste într-un sens sau altul nu înseamnă că nu trebuie să ne mai gîndim la ele.

Cancerul colului uterin este favorizat de leziunile cronice și persistente ale colului uterin, hemoragice, traumatisme, modificări hormonale precum și de factori ereditari.

Primele semne de boală pot fi hemoragiile care apar de obicei după traumatisme minime ale colului, alteori se asociază scurgeri albe, abundente, mirositoare. Dintre manifestările generale se remarcă slăbirea în greutate și a forței fizice, lipsa apetitului și o stare de astenie. Trebuie accentuat că în faza de început cancerul colului uterin nu are semne caracteristice, de aceea este necesară prezentarea la specialist la primele simptome de disconfort. De asemenea se impune ca, după 30 de ani, toate femeile să-și efectueze anual un examen ginecologic, chiar în absența stării de boală.

Cancerul corpului uterin este de zece ori mai rar decît al colului și apare după menopauză. Simptomul principal este hemoragia și leucoreea abundentă, fetidă, însoțită de dureri sub formă de colici.

Cancerul ovarian poate fi și o manifestare a unei tumori cu dezvoltare primară ovariană sau reprezintă o metastază a unui cancer localizat în altă parte.

Simptomele caracteristice apar tîrziu, cînd tumoarea este de dimensiuni mari și s-a extins la organele din jur.

Dintre manifestările mai frecvente întîlnim durerea prin suprainfecție și compresiune, creșterea în volum a abdomenului, alterarea stării generale.

Cancerul mamar este a doua localizare, în ordinea frecvenței, la femeie. Este mai frecvent la femeile necăsătorite, la cele fără copii și la cele care nu alăptează. Acestea sînt condiții favorizante. O perturbare în funcționalitatea glandei mamare legată de condițiile amintite, poate fi punctul de plecare al unei tumori maligne.

Dintre factorii favorizanți trebuie să notăm traumatismele la nivelul sînului. Prima manifestare este apariția unui nodul la un sîn, dar nu orice nodul înseamnă cancer, majoritatea nefiind de natură canceroasă, dar acest lucru trebuie stabilit de medic. De aici derivă necesitatea ca imediat după descoperirea unei formațiuni nodulare femeia să se prezinte la medic. Mărimea nodulului, aderența la straturile din jur, starea ganglionilor axilari, nu sînt suficiente pentru diagnostic. Singura metodă sigură este biopsia mamară, adică o intervenție prin care se extrage un fragment din formațiunea tumorală care se examinează la microscop și în care se pot pune în evidență celule canceroase.

La început poate apărea o secreție seroasă sau sanguinolentă prin mamelon, însoțită de o senzație de mîncărime și cu formarea de cruste. Pielea se zbîrcește, luînd aspectul de coajă de portocală, iar, într-o fază mai avansată se poate ulcera.

Dorim să menționăm că descoperirea tumorii se face de cele mai multe ori de bolnavă, cu ocazia toaletei zilnice. Toate femeile ar trebui să-și palpeze singure sînul după o tehnică care să nu lase neexaminat nici un sector. Palparea se face în fața oglinzii sau în poziția culcat, în intervalul dintre menstruații, deoarece premenstrual sînul poate fi congestionat și dureros.

Trebuie să accentuăm necesitatea prezentării precoce la medic la primul semn de suferință. Prejudecățile legate de lipsa de educație sanitară, teama de operație și considerațiile legate de lipsa de educație sanitară, trebuie să cedeze în fața dorinței de viață. Tratamentul precoce asigură multe vindecări.

Prolapsul genital se datorează unei slăbiri congenitale sau cîștigate a mijloacelor de suspensie și susținere a organelor genitale și constă dintr-o alunecare a vaginului și o coborîre a uterului prin canalul natural. În această coborîre este atrasă și vezica urinară, producînd incontiență urinară. Prolabarea organelor genitale poate fi așa de pronunțată că uterul se exteriorizează sub forma unei formațiuni tumorale, elastice, care se poate repune cu ușurință.

Prolapsul genital se produce, de cele mai multe ori, din cauza traumatismelor obstetricale cum sînt rupturile de perineu la naștere.

Bolnavele cu diferite grade de prolabare a organelor genitale prezintă ușoare dureri și senzație de presiune suprasimfizar și sacrolombar, dureri la contactul sexual, oboseală și incontinență de urină, la început numai la efort, iar mai tîrziu și în repaus. Examenul ginecologic precizează cu ușurință diagnosticul. Tratamentul este chirurgical și constă în refacerea aparatului de susținere și de suspensie a organelor genitale.

În încheiere trebuie să menționăm că afecțiunile ginecologice sînt mai frecvente și se manifestă sub forme diferite. Faptul esențial pe care trebuie să-l reținem este necesitatea prezentării la medic la primele semne de boală, oricît de banală ni s-ar părea aceasta. Numai în felul acesta se pot evita suferințele cronice și urmările lor.

Igiena genitală

Omul ca și celelalte viețuitoare se naște, crește, se reproduce, adică se înmulțește, îmbătrînește și se stinge. Este o mare bucurie, o adevărată fericire atunci cînd copiii care se dezvoltă, cresc armonios, ajung și ei să aibă copii sănătoși. Pentru aceasta, este necesar să avem mai multă grijă pentru dezvoltarea lor.

Organele genitale îndeplinesc funcția importantă de perpetuare a speciei. Ele vor acționa cu atît mai bine cu cît sînt mai armonios dezvoltate. Așa cum o plantă sau arbore, dacă și-a dezvoltat trunchiul și ramuri frumoase, va forma flori și semințe sănătoase, și organismul omului pentru a funcționa în cele mai bune condiții, trebuie să fie bine dezvoltat. Dezvoltarea armonioasă a organelor genitale depinde deci de o bună dezvoltare a organismului în general. Iată de ce în diferitele perioade de vîrstă este necesar să respectăm cu strictețe anumite măsuri de igienă.

Igiena organismului în general și cea a organelor genitale în special, diferă în decursul vieții. O importanță deosebită îi va trebui atribuită în timpul maturării sexuale, cît și în perioada de activitate genitală.

Măsurile de igienă generală sînt valabile în mare parte pentru ambele sexe ; ele diferă în schimb în privința îngrijirii organelor genitale.

Igiena genitală feminină

Perioada de la 7—14 ani. Este perioada vîrstei școlare, a treia copilărie, cînd fetița devine elevă și apoi fată mare. Este cea mai importantă perioadă în viața ei, perioadă în care prin eforturile unite ale părinților, familiei, și a educatorilor, se va acorda o atenție deosebită sănătății ei fizice și morale.

În această perioadă fetiţele sînt expuse bolilor infecţioase (scarlatină, difterie, reumatism acut), tulburărilor de creştere cu deformări ale coloanei vertebrale şi tuberculozei cu diferitele ei localizări.

Organele genitale — după ce s-au dezvoltat suficient, încep să funcţioneze. Apar transformări în întregul organism şi anume: înainte de pubertate, de apariţia primei menstruaţii, organismul trece printr-o fază de scurtă creştere accentuată, după care apar caracterele sexuale secundare (peri pubieni şi axilari, precum şi alte transformări fizice şi psihice); bazinul se lăţeşte, pe şolduri şi abdomen se depune grăsime, glandele mamare (sînii) se dezvoltă, vocea se schimbă şi apar trăsături feminine. Întregul corp creşte în lungime înainte de pubertate, apoi stagnează.

Ne vom concentra atenţia asupra deformărilor coloanei vertebrale cauzate de poziţia încovoiată la masă sau în bănci cu pupitre rău construite. Este foarte important ca băncile să fie igienice, pentru a permite o poziţie normală în timpul scrisului.

Oboseala şi surmenajul în timpul şcolarităţii trebuie evitate prin pauze frecvente între lecţii, jocuri, mişcări în aer liber, gimnastică, sporturi, mai ales înotul vara şi patinaj iarna. Vom avea grijă ca fetiţa să fie antrenată în această perioadă în preocupări culturale şi sociale pentru a-i distrage atenţia de la apariţia precoce a senzaţiilor sexuale.

Fetiţa va trebui pregătită din timp pentru ca prima menstruaţie să n-o surprindă şi să n-o sperie. Această pregătire trebuie să o facă mama, medicul şcolar şi educatoarea.

Este bine să ştim că prima menstruaţie şi cele următoare nu se instalează întotdeauna de la început regulat şi urmează perioade mai lungi sau mai scurte, iar normalizarea se face în interval de un an. Stabilirea unei funcţiuni ciclice lunare normale depinde de măsura în care organismul este bine şi armonios maturizat. Orice tulburare ce apare în această perioadă trebuie şi poate fi corectată. Să ne adresăm medicului specialist în probleme de ginecologie infantilă care va sesiza cauza tulburărilor şi va recomanda corectarea lor.

Hemoragiile prelungite sau ciclurile rare de multe ori sînt urmarea unei nedezvoltări a organelor genitale care în perioada aceasta poate fi influenţată de hormonii sexuali, iar caracterele sexuale secundare devin tot mai evidente. Fetiţele cresc mai repede decît băieţii în această perioadă şi evenimentul cel mai important este apariţia menstruaţiei.

Între 7—11 ani se definește morfologia generală și genitală și se consolidează modificările în morfologia genitală, care vor avea repercusiuni asupra vieții ulterioare a fetiței. În acest interval un pericol deosebit prezintă rahitismul tardiv, care produce nu numai modificări asupra scheletului bazinului ci și hipertrofia musculară și a sistemului limfatic cu întîrzieri în creștere și în dezvoltarea generală și genitală. Se va face cu insistență și profilaxia bolilor infecțioase, deoarece acestea lasă sechele la nivelul inimii și rinichilor și interesează și organele genitale în dezvoltare. Tuberculoza localizată pulmonar sau osos este și ea foarte periculoasă.

În această perioadă de vîrstă, creșterea organismului și dezvoltarea scheletului se face în ritm accelerat, fiind posibile și dezvoltări vicioase ca urmare a neglijării preceptelor de igienă școlară. La fete, viciile de poziție ale coloanei vertebrale sînt de 3 ori mai frecvente decît la băieți și au repercusiuni serioase asupra dezvoltării scheletului și asupra funcțiunii de reproducere. Iată de ce respectarea normelor de igienă școlară are o deosebită importanță pentru fetițe.

Fetița peripuberală trebuie să-și petreacă mult timp în aer liber, aerul, apa, condițiile climatice, gimnastica, sporturile ușoare și cultura fizică medicală, fiind mijloace de călirea organismului. Surmenajul fizic și psihic trebuie combătut prin dozarea justă a eforturilor necesare învățatului și îmbinarea lor cu preocupări odihnitoare.

Fetița va fi deprinsă cu igiena cavității bucale și îngrijirea dinților care vor fi controlați periodic pentru a evita deteriorări mai mari, dantura fiind necesară în toate perioadele vieții și mai ales în graviditate.

Cu vîrsta de 11 ani pentru fete începe un puseu pronunțat de creștere atît somatică cît și genitală care sporește vulnerabilitatea organismului față de diferite noxe.

În condiții favorabile cînd nu sînt respectate normele de igienă, se pot constitui ușor stări patologice la nivel endocrin, nervos, cardiovascular, hematoformator etc. Mai frecvente sînt : cloroza, anemia, tuberculoza, afecțiunile tiroidiene, diabetul, nevrozele, instabilitatea emoțională.

Din regimul alimentar vor fi eliminate cu severitate substanțele excitante — ceaiul tare, cafeaua, alcoolul — care pe lîngă influența negativă asupra organismului în general, pot produce creșterea excitabilității sexuale. Se pare că și carnea în exces are același efect.

Educația sexuală a fetiței se va face în așa fel încît să se evite trezirea prea timpurie a instinctului sexual. Părinții, educatorii și pedagogii trebuie să contribuie la aceasta.

Recomandările referitoare la igiena îmbrăcămintii date pentru celelalte vîrste sînt valabile și acum, cu unele particularități și anume că fetele la această vîrstă tind să folosească haine care stingheresc mişcările respiratorii, fapt neigienic şi dăunător dezvoltării toracelui şi respirației de tip costal caracteristic la femei.

Igiena corporală şi a regiunii genitale va fi acum şi mai îngrijită şi mai corectă pentru că — odată cu secreţiile vaginale şi cu apariţia părului pubian —, posibilitatea stagnării secreţiilor şi dezvoltării inflamaţiilor este mai mare. Duşul zilnic cu apă rece este indicat din toate punctele de vedere.

Igiena pielii în general este necesară, deoarece tegumentele sînt vulnerabile și pot apărea diferite stări patologice. Acneea vulgară care apare pe față, dispare odată cu maturizarea sexuală, dar sînt necesare măsuri de igienă pentru a nu apărea complicaţii. Patogenia acneei nu este pe deplin lămurită ; sînt prezente modificări ale aparatului pilo-sebaceu în perioada maturizării sexuale ca urmarea unor substanțe toxice metabolice și a unor disendocrinii. Profilaxia acneei și a complicaţiilor constă în menţinerea unei riguroase igiene a pielii, combaterea constipației și asigurarea funcțiunii normale a rinichilor, plămînilor și ficatului.

Măsuri deosebite de igienă se vor recomanda și practica mai ales cu ocazia primelor menstruaţii cînd organismul fetiţei este sensibil şi vulnerabil. Fata va fi prevenită asupra semnificaţiei menstruaţiei, nu va fi supusă la eforturi fizice și psihice sau traume psihice, va evita sporturile și exercițiile fizice grele : ciclismul, călăria, competiţiile, baia în aer liber la rîuri, ca şi băile reci în general. Igiena locală va consta în 1—3 băi zilnice locale cu apă caldă și săpun, mai indicat cu apă curgătoare, iar bandajul menstrual va fi purtat și schimbat după necesități : el va fi aplicat strîns pe organele genitale, evitînd iritarea sau frecarea în timpul mersului.

Perioada maturității sexuale de la 18—45 ani. Este vîrsta în care organele genitale funcționează pentru reproducere avînd un caracter permanent manifestat prin menstruaţie. Menstruaţia normală este o scurgere de sînge din uter prin vagin care se repetă ritmic la 28—30 zile, durează 3—4 zile și nu este însoţită de tulburări deosebite care să oblige femeia să-şi întrerupă ocupaţiile obişnuite.

Totuşi în timpul menstruaţiei există o stare de ușoară indispoziţie, cu o rezistență fizică mai slabă. Înainte de menstruaţie multe femei se plîng de congestia şi tumefacţia sînilor. În timpul menstruaţiei suprafaţa internă a uterului este o plagă sîngerîndă care se poate infecta cu uşurinţă.

Fetița va fi prevenită și pregătită pentru apariția menstruației : ea își va pregăti 4—5 bucăți de pînză pe care le va transforma în bandaje fierte și ținute curat. Bandajul va fi ținut în fața vulvei și schimbat de mai multe ori pe zi, aceasta deoarece sîngele menstrual se descompune și creează un mediu prielnic pentru dezvoltarea microbilor. În timpul menstruației femeia nu va face băi calde sau reci, dar organele genitale externe vor fi spălate zilnic, cel puțin de două ori cu apă călduță și săpun. Nu sînt permise nici un fel de spălături vaginale cu nici un fel de soluții și nici baie generală în cadă, dar se pot face dușuri călduțe scurte. Este contraindicată introducerea tampoanelor în vagin, pentru că acestea favorizează stagnarea sîngelui în vagin, descompunerea lui și infecția.

Pentru femeile care au menstruații abundente și prelungite este necesar un consult de specialitate pînă la care se recomandă : evitarea muncilor grele sau la mașini de cusut cu pedală, la războaie cu picior, călătoriile lungi cu vehicule și sporturile ca : ciclism, patinaj, dans sau gimnastică excesivă.

Raporturile sexuale în cursul menstruației sînt periculoase pentru că favorizează infecția. În alimentație se vor evita condimentele și consumul de băuturi alcoolice.

Se va evita congestia organelor din bazin prin evacuarea regulată a vezicii și a rectului.

Perioada vieții genitale este perioada în care organele genitale ale femeii se pot îmbolnăvi cel mai frecvent de diferite infecții microbiene. Analizînd împrejurările în care se produc infecțiile, precum și cauzele lor la femei, în general se constată infecții gonococice, produse prin intimități cu un bărbat bolnav ; cele mai multe sînt însă consecința avorturilor sau nașterilor complicate.

Pentru profilaxia acestor infecții se vor evita : intimitățile cu un bărbat bolnav sau suspect, avorturile în special cele provocate, complicațiile după naștere — nașterea făcîndu-se în maternități într-un cadru de curățenie și asepsie asistată de personal calificat.

În această perioadă spre sfîrșitul vieții genitale se poate dezvolta cancerul genital. El apare de obicei pe colul uterin. Este o boală perfidă, care se dezvoltă cu mult înainte de apariția simptomelor și abia tîrziu apar sîngerările și durerile. Faza aceasta cu sîngerări și dureri este însă tardivă pentru tartament. Inițial cancerul este localizat, poate fi extirpat și deci este vindecabil. Pentru aceasta este necesar însă să fie depistat cît mai devreme ceea ce nu se poate realiza decît dacă femeile se vor deprinde ca după o anumită vîrstă

de exemplu 35 de ani să se prezinte periodic la ginecolog de 2—3 ori pe an.

În general îmbolnăvirile organelor genitale în această perioadă se manifestă prin următoarele simptome :

— leucoreea : scurgeri din vagin, albe-galben-verzui. În mod normal o femeie trebuie să aibă o scurgere din vagin albă lăptoasă mai ales înainte și după menstruație. O scurgere permanentă cu caracter purulent însoțită de senzația de jenă, usturimi și tulburări de micțiune, indică o stare patologică ;

— un alt indiciu al îmbolnăvirilor aparatului genital este durerea care apare ori de cîte ori se dezvoltă procese inflamatorii. Mai accentuată în faza acută și subacută este supărătoare și în faza cronică. Localizată în abdomenul inferior pe mijloc sau în părțile laterale ea trebuie să ne atragă atenția asupra suferinței organelor genitale ;

— temperatura este prezentă în îmbolnăvirile genitale dar numai în faza acută ;

— tulburările de menstruație — menstruația prelungită, cea care durează mult sau cea cu sînge abundent și în cheaguri, menstruația dureroasă sau lipsa menstruației — indică întotdeauna o tulburare în funcțiunea ovarelor și a glandelor endocrine sau chiar îmbolnăviri mai serioase. Ori de cîte ori sînt prezente astfel de tulburări vom aplica un tratament potrivit imediat după apariția lor.

Menopauza. Este perioada de după 45 de ani, cînd menstruația încetează și organele genitale nu mai funcționează pentru reproducere. Odată cu încetarea funcțiunii ovarelor pot apărea unele tulburări neplăcute : valurile de căldură, transpirațiile, furnicăturile și amorțelile care pot fi combătute prin băi generale de 36—37°, dușuri cu fricțiuni reci și la nevoie tratament medicamentos. Ceaiurile și băuturile sînt contraindicate. Viața sedentară și supraalimentația trebuie evitate deoarece predispun la îngrășare ; sînt indicate plimbările în aer liber, gimnastica și masajul. Este bine ca și în această perioadă femeia să se prezinte la medic și să nu facă nici un tratament hormonal fără prescripție medicală.

În continuare, cîteva recomandări generale pentru toate perioadele :

— exercițiile musculare, gimnastica, sînt indicate pentru că favorizează circulația abdominală și pelviană dar nu sînt recomandabile în nici o perioadă sporturile de competiție și efortul ;

— timpul minim de somn va fi de 8—9 ore, deoarece femeile se resimt mai repede după eforturi și agitație. Încordarea și agitația prelungită pot produce la unele femei tulburări nervoase și hormonale cu menstruații dureroase și metroragii. Vom ține cont de aceste recomandări mai ales în perioada puberală și prepuberală ;

— alimentația — importantă mai ales în perioada prepuberală și puberală — trebuie să fie bogată, completă, variată și tonică, cu mese multe și variate și principalele două mese cu cărnuri fierte sau fripte cu legume și grăsimi.

În perioada de activitate genitală îndeosebi femeile care nu lucrează mult este bine să nu consume grăsimi multe și dulciuri, deoarece viața sedentară le predispune la obezitate mai ales atunci cînd se alimentează nerațional ;

— tranzitul intestinal va trebui să fie riguros supravegheat. Femeia este dispusă la constipații ceea ce constituie un factor congestiv pentru organele din bazin. Vom recomanda un regim bogat în fructe și legume fără exagerări și o disciplină a evacuării lor.

S-a constatat că un regim exclusiv carnat, produce metroragii, iar excesul de condimente — hiperemie și congestie în bazin. În consecință, consumul de ceai și cafea va fi moderat, iar alcoolul în mod normal trebuie evitat. O problemă interesantă este cea a tutunului. Observația clinică și studiile de pînă acum atestă că tutunul nu este tot atît de inofensiv pentru femei ca pentru bărbați. Fumatul poate provoca la femei tulburări gastrice și nervoase precum și tulburări menstruale. Azi din ce în ce mai multe femei devin fumătoare, dar această deprindere nu trebuie acceptată fără rezerve ;

— în ceea ce privește îmbrăcămintea trebuie să menționăm că principiile modei nu sînt totdeauna valabile și din punct de vedere medical, deși ar trebui să se aibe în vedere în lansarea modei și considerente de ordin medical. Dacă corsetul a fost înlăturat și înlocuit cu diverse centuri, jartierele circulare se mai poartă încă deși ele ar trebui să fie complet înlăturate și înlocuite de port-jartier. Tendința actuală de renunțare la tocurile excesiv de înalte este binevenită din punct de vedere igienic ;

— igiena sexuală cuprinde în primul rînd îngrijirea organelor externe și a vaginului, iar în al doilea rînd igiena raporturilor sexuale. Acestea au efecte pozitive asupra femeii sănătoase, un rol important avînd probabil și impregnarea spermatică, dar abuzul de sexualitate nu este nici igienic și nici sănătos. Subiectelor cu hemoragii uterine

funcționale, cu boli urinare funcționale, cu boli urinare și hipermenoree, pe lîngă tratamentul hormonal li se indică și distanțarea în timp a raporturilor sexuale.

Igiena genitală masculină

Indicațiile de igienă generală privind alimentația, îmbrăcămintea, prevenirea diferitelor boli, nu diferă la sexul masculin față de cele arătate în capitolul anterior. Ne vom referi doar la unele aspecte ale igienei pubertății și ale igienei intime a organelor genitale masculine.

În cele arătate mai sus, am văzut că impulsul sexual se naște mai repede la băieți decît la fete și că practicile sexuale, preocupările legate de sex sînt mai ample, datorită în primul rînd condițiilor anatomice ale organelor genitale masculine.

Atenția noastră va fi îndreptată prin urmare în primul rînd spre ameliorarea și abaterea de la asemenea preocupări. În această ordine de idei, un rol deosebit îl joacă programul zilnic. Acesta trebuie să cuprindă întreaga zi, de dimineață pînă seara, cînd tînărul să fie atît de obosit încît să nu aibe altă dorință decît de a dormi. Aceasta desigur nu înseamnă ca preocupările să fie prea vaste, cauzînd surmenajul organismului.

Deseori se comite greșeala de a-l încărca pe adolescent cu muncă intelectuală, sau de a-i fixa într-un alt mod un program unilateral. Pentru o dezvoltare armonioasă ziua unui tînăr trebuie să fie o succesiune de preocupări serioase și pauze vesele. De asemenea să existe o îmbinare rațională între munca intelectuală și munca fizică. Programul trebuie să fie individualizat în funcție de constituția adolescentului ca și în raport cu capacitățile sale.

În privința abaterii atenției de la impulsul sexual, cel mai bun mijloc este sublimarea (înlocuirea unui impuls nedorit cu alte practici pozitive). Se va căuta a cultiva diferitele interese ale tinerilor. În acești ani, timpul liber trebuie utilizat la maxim, indiferent dacă se practică sport sau se fac excursii, se colecționează timbre etc., însă orice preocupare să se facă cu pasiune.

Dimineața imediat după trezire, tînărul se va ridica din pat. Nu este indicată rămînerea în continuare în pat, deoarece umplerea vezicii urinare în cursul nopții produce erecția penisului, care atrage atenția asupra sferei genitale.

Ziua va începe prin spălare cu apă rece sau cu un duş rece, după care este bine să se facă cîteva mişcări de înviorare.

Igiena organelor genitale, mai cu seamă în perioada de activitate sexuală, cuprinde următoarele măsuri : bărbatul îşi va spăla zilnic organele genitale cu apă şi săpun, răsfrîngind pielea prepuţului pentru a evita stagnarea secreţiilor în şanţul balano-prepuţial. Dacă mucoasa prezintă semne de iritaţie, sau mici fisuri, se va unge cu vaselină. De asemenea este indicată spălarea organelor genitale după fiecare contact sexual.

În timpul pubertăţii, cînd băiatul va avea poluţiuni nocturne, se indică schimbarea lenjeriei de pat, cît şi a celei corporale.

Sarcina

Sarcina reprezintă o situație particulară care presupune o mulțime de transformări ale organismului creînd o stare nouă, cu totul deosebită pentru femeile care nu au trecut prin ea. Survine ca un lucru firesc întrebarea prietenelor și cunoștințelor într-o asemenea situație specială „aștepți un copil“ ?

Va fi cea mai plăcută emoție a vieții dumneavoastră, sentimentul celei mai mari realizări. Din acest moment calendarul dumneavoastră va deveni un prieten apropiat, pe care poate îl veți privi cu teamă și scepticism la început, dar care, după nouă luni, vă va nota data unei mari bucurii.

Veți număra la început cu emoție zilele care trec peste data ciclului ce trebuia să vină și pe măsură ce această dată se îndepărtează (4-6-8 zile) emoția va fi și mai mare : „Poate sînt însărcinată ? Probabil aștept un copil ?“ vor fi întrebările firești pe care vi le veți pune. Dacă această ipoteză va deveni realitate, este necesar să consemnați toată evoluția ulterioară. Astfel în primele două luni vă veți prezenta medicului care vă va face un examen complet. De acuma vă veți reconsidera și adapta modul de viață la situația nou creată. Dezvoltarea copilului se face treptat în așa fel că după 4—5 săptămîni inima lui va bate, după 10 săptămîni are aproape toate părțile corpului dezvoltate și ne apare ca un mic omuleț.

Semnele prin care ne dăm seama că s-a instalat o sarcină sînt mai multe. Primul dintre ele este oprirea ciclului menstrual, adică lipsa de menstruație sau amenoreea.

Întîrzierea menstruației are semnificații numai dacă ciclurile sînt absolut regulate, sînteți o femeie sănătoasă și vă găsiți în plină activitate genitală. Oprirea ciclului menstrual se însoțește de anumite simptome sau stări de rău : grețuri, lipsa poftei de mîncare (inapetența) sau, dimpotrivă, poftă de mîncare crescută (bulimie), secreție neobișnuită de salivă, dureri de stomac, uneori dureri lombare, somnolență în timpul zilei, constipație sau diaree, nevoia de a urina mai des, creșterea precoce de volum a sînilor, sensibilitatea mărită pentru mirosuri. Dar sarcina poate debuta cu semne și mai

puţin zgomotoase, unele chiar bizare şi diferite de la o femeie la alta, cel principal rămînînd însă lipsa menstruaţiei.

Ideea unei sarcini rămîne să fie confirmată prin examinare medicală, care se face după 6—8 săptămîni ; nu se poate afirma cu certitudine înainte de şase săptămîni existenţa unei sarcini şi este bine să aşteptăm pentru a doua oară consecutiv lipsa ciclului menstrual. Medicul va face atunci un consult general şi un examen ginecologic pentru a vedea starea uterului care în timpul sarcinii se modifică : devine mai mare, mai moale şi rotund, nu triunghiular cum este în mod obişnuit şi îşi modifică poziţia.

Dacă medicul pe care îl consultaţi nu v-a mai văzut niciodată, trebuie să vă consulte de două ori înainte de a afirma sarcina Iată de ce nu este bine să încercăm cu orice preţ a smulge medicului un răspuns afirmativ ; el nu ni-l va putea da înainte de a avea o certitudine absolută. Dar dacă ne găsim în situaţia să fim deosebit de presată, nu este necesar să aşteptăm timp de 6 săptămîni, deoarece, astăzi, examinările de laborator permit stabilirea diagnosticului precoce cu o certitudine cvasiabsolută la 10—15 zile de amenoree. Principiul constă în aceea că urina sau sîngele femeii presupuse gravide conţine un anumit nivel de hormoni care caracterizează sarcina.
În zilele care urmează implantării oului în uter, apar în urină şi în sîngele femeii gravide o mare cantitate de hormoni numiţi prolani, a căror prezenţă este caracteristică sarcinii.

Dacă laboratorul ne va da rezultat pozitiv, aceasta înseamnă că atestă prezenţa sarcinii, adică femeia este gravidă. Dacă ne dă rezultat negativ, aceasta nu înseamnă că nu putem fi gravide. Într-adevăr, reacţia nu devine pozitivă decît la o cantitate mai mare de hormoni, care apare între 10—15 zile, uneori chiar mai mult dacă ciclurile menstruale sînt neregulate.

Prin urmare vom putea şti dacă o femeie este gravidă în cîteva zile, dacă vom proceda la un examen de laborator, sau în cîteva săptămîni, dacă vom aştepta diagnosticul clinic. Mai există o metodă simplă care constă în luarea şi urmărirea temperaturii după 3—7 zile de amenoree ; vom constata că aceasta este mai ridicată decît în condiţii obişnuite.

Este deosebit de important de ştiut dacă sîntem gravide, pentru că în primele luni se întîmplă adeseori pierderi de sarcini, mici avorturi cum li se mai spune în termeni medicali. Pe de altă parte, din cele nouă luni, primele două sînt cele mai importante, pentru că atunci se dezvoltă practic toate organele copilului sau se realizează embriogeneza. De aceea trebuie să fim foarte prudente în timpul acestei perioade.

Dacă sîntem sigure de sarcină, va trebui să urmăm un regim alimentar care să aducă substanţele necesare dezvoltării copilului şi să ne ferim cu multă grijă de orice îmbolnăviri, mai ales de cele molipsitoare. De asemenea pînă avem certitudinea unei sarcini, după prima menstruaţie care a întîrziat, întrerupem orice consum de medicamente, apoi, de comun acord cu medicul, se vor stabili cele absolut necesare.

Dacă vi se spune că nu sînteţi gravidă, aceasta nu este un motiv de disperare. Lipsa sau oprirea ciclurilor menstruale pot fi consecinţa anumitor stări de boală. Medicul vă va explica momentul cel mai propice al concepţiei, adică perioada de fertilitate maximă, care coincide cu fenomenul numit ovulaţie — adică ieşirea în afară a germenului feminin numit ovul. Aceasta se produce către a 14-a zi a ciclului menstrual. Există chiar posibilitatea să se calculeze data probabilă a evoluţiei după schema lui Ogino şi Knauss, care au arătat că data ovulaţiei prezintă o anumită fixitate şi se produce între a 16-a şi a 12-a zi înaintea ciclului următor. Ea corespunde cu perioada de maximă fertilitate care este între a 19-a şi a 12-a zi înaintea ciclului menstrual următor. Dar dacă se va proceda la măsurarea temperaturii în fiecare dimineaţă, vom afla mai precis acest moment ; înaintea ovulaţiei, în prima perioadă a ciclului, temperatura este în general sub 37°, după aceea ea creşte şi timp de 3-5 zile este în jurul a 37° sau chiar peste aceste valori : 37,2—37,4°C etc. Diferenţa aceasta de temperatură între cele două faze ale ciclului permite stabilirea datei ovulaţiei. Temperatura este bine să fie luată dimineaţa la aceeaşi oră, rectal, dacă este posibil, păstrînd termometrul minimum trei minute. La ciclurile regulate ovulaţia se produce uneori în acelaşi moment.

Chiar dacă vi se spune că este vorba de o sterilitate să nu vă alarmaţi, pentru că sterilitatea este cauzată de multe situaţii, dar cele mai multe din ele pot fi influenţate.

În cazul cînd medicul vă spune, la acest prim examen, că sînteţi gravidă, nu trebuie să vă faceţi griji deosebite în legătură cu evoluţia sarcinii şi a naşterii. Nu trebuie să uitaţi nici un moment că starea de graviditate nu este o boală, ci o situaţie fiziologică. În timpul gravidităţii, în organismul mamei se produc o mulţime de manifestări, care nu sînt anormale. Este necesară o îngrijire deosebită în timpul gravidităţii şi, mai ales, ne vom feri de îmbolnăviri intercurente, de aceea sînt necesare măsuri de protecţie.

Este bine să ne ferim de discuţiile cu alte femei care povestesc situaţii exagerate şi demoralizante. Acestea sînt cu totul excepţionale.

Există o categorie de femei care, din momentul în care sînt însărcinate, se consideră scutite de orice activitate, chiar şi aceea obişnuită din gospodărie. Acest lucru nu este bun. Climatul familial, raporturile dintre soţi trebuie să fie armonioase tot timpul.

Sarcina normală

Odată cu instalarea grividităţii în organismul femeii se produc o serie de transformări. Astfel, în primele trei luni este o perioadă de adaptare a organismului femeii la situaţia nouă. Cîteodată aceste tulburări sînt mai zgomotoase, dar dispar complet după trei luni.

Trimestrul al doilea, adică lunile a IV-a, a V-a, a VI-a, organismul mamei este mai echilibrat, s-a adaptat la dezvoltarea sarcinii care evoluează rapid şi în perioada aceasta există puţine accidente.

Perioda a treia — adică lunile a VII-a, a VIII-a, a IX-a — este timpul în care uterul creşte mult în volum, datorită dezvoltării copilului şi pot apărea tulburări respiratorii, de mers, care însă nu sînt patologice.

Manifestările mai greu suportate în cursul sarcinii sînt :

— greţurile, însoţite sau nu de vărsături, care pot apărea la jumătate din femeile gravide. Ele încep de la 2—3 săptămîni după instalarea gravidităţii şi dispar spontan după trei luni. Sînt prezente mai ales dimineaţa pe nemîncate, în momentul în care gravida se scoală din pat. Este bine în cazul acesta ca femeia gravidă să-şi ia micul dejun imediat ce s-a trezit din somn, aproape dormitînd, să rămînă în pat încă 10—15 minute şi apoi să se ridice. Gravida trebuie să-şi aleagă alimentele solide şi lichide pe care le tolerează ; de obicei sînt tolerate lichidele reci, dulciurile. În toate aceste cazuri, în care nu am reuşit prin mijloace dietetice să influenţăm manifestările, este bine să ne adresăm medicului ;

— durerile de stomac, arsurile, regurgitaţiile, sînt şi ele frecvente la începutul sarcinii. În aceste cazuri vom evita alimentele acide, precum şi pe acelea care sînt greu digerabile şi conţin grăsimi ;

— constipaţia este şi ea frecventă şi se datoreşte uterului gravid mărit, care comprimă intestinele dar, mai ales, este cauzată de echilibrul hormonal deosebit al gravidităţii. În aceste cazuri este indicat : plimbare zilnică, un regim vegetarian cu legume verzi, fructe. Dimineaţa pe nemîncate vom lua o linguriţă de miere cu un pahar de apă rece. După masa de prînz, un pahar de compot, dacă se poate de prune uscate, iar după masa de seară, un pahar de iaurt. Dacă cu aceste mijloace dietetice nu reuşim să influenţăm constipaţia, înainte

de a trece la folosirea medicamentelor laxative, este bine să ne consultăm cu un medic ;

— diareea poate fi prezentă în unele cazuri, dar nu are semnificaţie deosebită şi poate fi influenţată prin regim alimentar ;

— salivaţia exagerată, care se mai numeşte sialoree, poate fi însoţită uneori de greţuri. În aceste situaţii este necesar un consult medical ;

— tulburările urinare pot fi prezente şi ele sub forma senzaţiei de a urina mai frecvent şi, uneori, cu o jenă dureroasă. De obicei tulburările urinare sînt cauzate de modificările uterului gravid, dar poate fi şi o infecţie urinară, de aceea trebuie făcut un examen de urină la laborator ;

— tulburările cardiace şi respiratorii sub fomă de palpitaţii şi respiraţie scurtă ; pot fi prezente la începutul sarcinii, de asemenea, cefaleea şi vertijul. Toate aceste fenomene cedează la repaus, nu sînt grave, dar trebuie să le semnalăm medicului. Dificultăţile de respiraţie şi oboseala apar mai mult spre sfîrşitul gravidităţii, cînd urcatul scărilor poate fi obositor, iar în ultimele săptămîni gravida este obligată uneori să-şi limiteze efortul fizic ;

— durerile de cap (cefaleea) sînt rare. Dar atunci cînd ele persistă, ne vom adresa medicului, care va interpreta cauza lor ;

— crampele în gambe sînt prezente la unele gravide în timpul nopţii şi ele sînt puse în legătură cu diminuarea calciului sanguin sau o scădere a vitaminelor din grupul B. Cu un regim alimentar bogat în calciu, deci conţinînd lapte, brînză, ouă, pîine, aceste tulburări dispar ;

— durerile lombare (de şale) apar spre sfîrşitul gravidităţii la modificări de poziţie şi sînt cauzate de o relaxare a ligamentelor. Foarte rar apar dureri caracteristice pentru sciatică şi ele dispar la repausul la pat ;

— tulburările de somn pot de asemenea fi prezente la unele gravide sub formă de insomnie sau, din contra, de hipersomnie, adică necesitatea de a dormi mai mult. Insomnia poate fi cauzată, în ultimele luni ale sarcinii, de mişcările pronunţate ale fătului, sau de durerile lombare. În aceste cazuri vom semnala aceasta medicului care va recomanda un somnifer. Este folositor să facem o plimbare seara înainte de culcare şi să renunţăm la cafea şi ceai ;

— pierderile albe (leucoreea) este frecventă în timpul sarcinii şi de cele mai multe ori se datorează congestiei organelor genitale. Dacă însă leucoreea este abundentă şi mirositoare, vom semnala medicului care va face un examen al secreţiei şi va fixa un tratament adecvat. Orice infecţie a vaginului trebuie să fie tratată pentru ca să nu influenţeze evoluţia sarcinii şi a naşterii ;

— tulburările vasculare, varicele și hemoroizii, sînt cauzate de o dilatare mai pronunțată a vaselor, în special la membrele inferioare. Ele sînt determinate de modificările hormonale și, în parte, de trăsături familiale. Varicele jenează femeia, mai ales pentru semnificația lor estetică, dar trebuie să știm că aceste tulburări dispar în majoritate după naștere. Vom evita staționarea prelungită în picioare, jartierele strînse, încălțămintea strîmtă și incomodă, constipația. Repausul prelungit în pat nu este indicat, dimpotrivă, sînt folositoare plimbările repetate dar scurte. În timpul odihnei piciorul va fi ridicat cu 10—15 cm pe o pătură făcută sul sau pe o pernă. În cazul cînd folosim bandaje elastice sau ciorapi elastici, aceștia vor fi trași de jos în sus înainte de a ne ridica din pat. În cazul cînd gravida prezintă hemoroizi, vom combate constipația prin măsuri dietetice, supozitoare cu glicerină și vom păstra măsurile de igienă riguroase a regiunii ;

— vergeturile care apar pe peretele abdomenului, se datoresc destinderii peretului abdominal și a tegumentelor. Fibrele elastice din piele se întind și se produc mici sufuziuni ; în aceste situații putem să folosim masaje ușoare și loțiuni tonifiante ;

— edemele care apar la nivelul membrelor inferioare sînt, pînă la un punct, normale și se datoresc retenției de apă, care este mai pronunțată în timpul gravidității. Prezența lor însă trebuie semnalată medicului, pentru a le interpreta ;

— examenul radiologic al bazinului este primejdios, mai ales în primele trei luni. Cînd este indicată examinarea radioscopică, bunăoară a plămînilor și a toracelui, medicul radiolog va lua toate măsurile pentru ca bazinul să fie protejat. Examenul radiologic, făcut spre sfîrșitul gravidității pentru a preciza așezarea fătului și forma bazinului, nu mai este periculos pentru făt. Persoanele care lucrează în mediu radiant — medici radiologi, asistente de radiologie — dacă au fost iradiate intens se vor adresa medicului și, prin comisia de aprobare a întreruperii sarcinilor, aceasta poate fi efectuată. În general, de îndată ce avem cel mai mic simptom de prezența unei sarcini, vom evita examinările radiologice.

Creșterea în volum a uterului și determinarea duratei sau vîrstei sarcinii

În timpul gravidității, organismul matern suferă o mulțime de modificări anatomice, biologice, biochimice, hormonale, plastice și psihice, care caracterizează starea de sarcină. Creșterea în volum a

uterului are o semnificaţie clinică şi diagnostică, evolutivă şi funcţională, respectînd o serie de parametri care ne ajută la calcularea vîrstei sarcinii.

În condiţii normale, uterul este piriform, mic, cu o cavitate aproape virtuală care are o capacitate de 2—3 cm^3. Colul este dur, cu o lungime de 3—4 cm, închis. În timpul sarcinii are loc o creştere în volum a uterului, care se poate observa la examenul abdominal numai din luna a V-a de sarcină. Dar uterul se dezvoltă progresiv în timpul gravidităţii, astfel că în luna a II-a atinge mărimea unei portocale, în luna a III-a ajunge la simfiza pubiană şi o mînă experimentată îl poate palpa transabdominal, în luna a IV-a se găseşte aproximativ la jumătatea distanţei ombilic-simfiză, în luna a V-a la un lat de deget sub ombilic, iar în luna a VI-a fundul uterului se află la nivelul ombilicului.

Cînd înălţimea fundului uterin se găseşte la 1—2 laturi de deget deasupra ombilicului, spunem că este vorba de o sarcină în luna a VII-a ; dacă el se găseşte la 3 degete sub apendicele xifoid (furca pieptului) este o sarcină în luna a VIII-a. La opt luni şi jumătate el se găseşte la apendicele xifoid, pentru ca la termen, deci la sfîrşitul lunii a IX-a, înălţimea uterului să coboare din nou la trei laturi de deget sub apendicele xifoid (fig. 40).

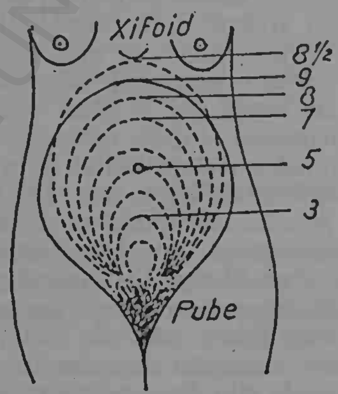


FIG. 40 — ÎNĂLŢIMEA UTERULUI ÎN DIFERITE LUNI DE SARCINĂ

Greutatea uterului la termen ajunge pînă la 1 200 g, iar capacitatea lui la aproximativ 4—5 l. Uterul variază ca formă şi dimensiuni de la o femeie la alta, uneori de la o sarcină la alta, în funcţie şi de numite stări patologice ale sarcinii.

În afară de uter, în timpul sarcinii, au loc şi modificări ale sînilor. Aceştia cresc în volum, li se dezvoltă mamelonul, regiunea din

jurul lor se pigmentează și pe această areolă apar niște proeminențe care poartă numele de tuberculii Montgomery.

Din luna a IV-a de sarcină apare și o mică secreție de culoare galben-verzuie, numită colostru. În jurul areolei pigmentate, aproximativ din luna a V-a de sarcină, apare încă o zonă de pigmentație, care este așa-zisa areolă secundară. Canalele din interiorul sînilor, prin care va ieși laptele și care se numesc canale galactofore, se dezvoltă de asemenea. Vasele de sînge de sub tegumente și din grosimea tegumentelor sînilor se dilată și se vizualizează prin transparența lor în desene foarte variate. Apare o rețea venoasă exprimată care se numește rețeaua lui Haller. Toate aceste modificări caracterizează transformările sînilor în timpul sarcinii și reprezintă pregătirea alăptării.

Durata sarcinii

Calcularea duratei sau vîrstei sarcinii este un element deosebit de important atît pentru pacientă cît și pentru medic. Uneori ea reprezintă chiar un document medico-legal ; de aceea este de mare importanță să știm să o determinăm cît mai precis cu putință. În general, doi sînt indicii principali de la care plecăm în calcularea vîrstei sarcinii și anume data primelor mișcări fetale și prezența bătăilor cordului fetal. Dorim să precizăm de la început că aceste elemente nu reprezintă o siguranță maximă, ele sînt diferit apreciate de către femei, iar unele pot fi chiar rău intenționate în enunțarea lor. De aceea primează datele examenului obiectiv legate de dezvoltarea uterului, așa cum am arătat și în ultimă instanță de greutatea fătului la naștere.

În general, se spune că durata normală a unei sarcini este de aproximativ nouă luni. Dar o săptămînă în plus sau în minus nu reprezintă o problemă. De fapt durata sarcinii reprezintă timpul care se scurge între ziua concepției și a nașterii. Din punct de vedere practic este foarte greu de stabilit data exactă a fecundației, fapt pentu care, oarecum aproximativ, durata sarcini se calculează în medie la 280 de zile după prima zi a ultimului ciclu menstrual. Statisticile însă variază și numărul zilelor ce caracterizează o sarcină poate oscila între 260—290. Copiii născuți înainte de 260 de zile sînt considerați prematuri.

În consecință, pentru calcularea vîrstei sarcinii vom adăuga la data ultimei menstruații 10 zile, numărînd în continuare pînă la 9 luni sau făcînd o numărătoare înapoi cu trei luni. Dacă ținem seama de primele mișcări fetale și anume că o femeie care a mai născut,

le percepe la aproximativ patru luni de sarcină, iar o mamă care se găsește la prima naștere le percepe la aproximativ patru luni și jumătate, vom continua să numărăm pînă la împlinirea a nouă luni. Se stabilește astfel data probabilă a nașterii care, așa cum am arătat, nu este absolut exactă, ci în general cu aproximație de $\pm$ 10 zile. S-a observat că durata sarcinii este mai mare la femeile care au un ciclu menstrual prelungit.

Medicamentele

Este prudent ca în cursul sarcinii să nu luăm nici un medicament fără avizul medicului. Dacă urmați un tratament medicamentos anterior sarcinii, nu-l continuați decît dacă permite medicul. Într-adevăr, anumite medicamente trebuie evitate în timpul graviditații ; așa sînt somniferele, analgezicele (medicamentele contra durerii : pyran, aspirină, antinevralgic), de care nu trebuie abuzat, ca și antiemeticele (medicamente împotriva vărsăturilor, exemplu emetiralul) ș.a.

Este neîndoielnic că unele medicamente sau toxice în primele opt săptămîni de sarcină pot produce modificări nedorite ale embrionului (talidomida, de exemplu). De aceea este bine să evităm orice fel de medicament în primul trimestru de sarcină, iar dacă vom fi presați la acest lucru, să o facem cu avizul medicului. Numai el va fi în măsură să stabilească dozele ținînd seama și de vîrsta fătului.

Factorul Rh – ce este și ce consecințe are

Se știe că fiecare individ aparține uneia din grupele de sînge care convențional sînt denumite cu literele A, B, AB, 0. Fiecare din aceste grupe de sînge posedă proprietăți particulare, specifice, care nu întotdeauna sînt compatibile între ele. Mai mult, în afară de această clasificare fundamentală, s-a constatat că marea majoritate a oamenilor conțin un factor particular descoperit la o maimuță numită „Macacus Rhesus“, de la care a primit numele prescurtat de „Rh“ (Rhesus) 85 % dintre indivizii cu acest factor sînt „Rh negativi“.

Deci, indiferent dacă este Rh pozitiv sau Rh negativ, individul aparține uneia din cele patru grupe sanguine enunțate anterior. Dacă în sînge Rh pozitiv se găsește în prezența unui sînge Rh negativ, ca urmare a unei transfuzii de exemplu, se produce cîte odată o

reacție particulară, care se numește „aglutinare" și care provoacă accidente. În această situație în sîngele Rh negativ se fabrică niște substanțe de apărare numite „aglutinine" care vor ataca globulele roșii ale sîngelui Rh pozitiv și se produce atunci aglutinarea și distrugerea globulelor roșii.

Prezența factorului Rh în sîngele omului a fost stabilită în anul 1940 de Landsteiner și Wiener, ca urmare a studiilor pe care le-au făcut asupra maimuței „Rhesus" de unde, cum spuneam anterior, derivă și numele de factor Rh. Datorită acestei descoperiri s-au putut explica o serie de accidente care apăreau în urma transfuziilor de sînge cînd se injecta un sînge Rh pozitiv unui individ Rh negativ. De asemenea, s-au putut explica unele accidente grave care apăreau la făt și la nou-născut și anume : la făt moartea în uter cu edeme generalizate, care se terminau cu un avort sau eventual cu o naștere prematură, la nou-născut anemia progresivă, icter precoce ce apărea imediat după naștere și care poartă numele de „icterul hemolitic grav al nou-născutului".

Aceste accidente sînt forme variate ale unei aceleiași boli numită „boala hemolitică". Toate au aceeași origine, adică nepotrivirea sîngelui mamei cu acela al copilului. Se produce atunci o distrugere a globulelor roșii ale copilului, proces care în medicină se numește „hemoliză". De aici vine și numele de boală hemolitică.

Iată de ce este foarte important ca în momentul în care s-a constatat prezența hemolizei, să se determine factorul Rh atît la soț cît și la soție. Acest lucru se face de altfel chiar cu ocazia consultațiilor prenupțiale și trebuie să figureze printre actele necesare realizării căsătoriei.

Analizînd sîngele mamelor care au născut copii atinși de această boală hemolitică, sau care au avut un avort inexplicabil, precum și sîngele soților acestora, s-a constatat că mamele erau Rh negative, în timp ce soții erau Rh pozitivi. Sîngele Rh pozitiv al tatălui este transmis cu prioritate copilului ; așa se face că copiii rezultați din aceste căsătorii sînt în majoritate Rh pozitivi. Sîngele lor va fi prin urmare incompatibil (nepotrivit) cu cel al mamei, care este Rh negativ și din acest conflict pot apărea accidente. Cum are loc acest conflict ?

În timpul sarcinii, între sîngele mamei și al copilului există o relație, un contact foarte strîns. Cele două categorii de sînge, ale fătului Rh pozitiv și al mamei Rh negativ, nepotrivindu-se, se vor declanșa reacții de apărare. Sîngele mamei Rh negativ va fabrica aglutinine sau „anticorpi" cum se mai numesc. Aceștia trebuie să ni-i imaginăm ca o sumedenie de sulițe care sînt gata să atace globulele roșii ale fătului. Ele trec prin placentă, atacă globulele roșii ale

fătului și provoacă accidente, mai mult sau mai puțin grave, care sînt în strînsă dependență de nivelul mai mult sau mai puțin crescut al acestor anticorpi.

Dar din punct de vedere practic vorbind, aceste accidente sînt destul de rare, căci, pe de o parte, ele nu au loc în toate cuplurile dintre un bărbat Rh pozitiv și o femeie Rh negativă, pe de altă parte, dintr-o asemenea căsătorie poate rezulta un copil Rh negativ, deci de aceeași grupă cu a mamei sau să existe situația în care să nu se elibereze anticorpi decît într-o cantitate foarte mică sau să nu se fabrice decît în luna a III-a sau a IV-a de sarcină.

Accidentele se petrec foarte rar la prima sarcină. Anticorpii sau aglutininele nu se formează decît lent, iar, în cursul primei sarcini, nivelul lor nu este destul de crescut pentru a fi periculos ; nu au loc accidente ; dar la o a doua sarcină se produce o nouă serie de anticorpi și copilul poate, eventual, să fie influențat. Cei mai expuși însă sînt ultimii născuți.

Dacă nivelul anticorpilor anti-Rh este foarte mare, se poate proceda la întreruperea sarcinii la 8 luni sau 8 luni și jumătate ; se face la această vîrstă de sarcină pentru că în ultimele săptămîni aglutininele atacă globulele roșii ale fătului (cele mai multe trecînd prin placentă în timpul cînd se expulzează fătul în afara mamei). Dacă copilul născut este însă atins de boala hemolitică, se poate înlocui complet sîngele lui cu unul nou. Această operație se numește „exsanguinotransfuzie".

În prezent există metode de protejare a acestor situații prin injectarea de „gammaglobulină ani-Rh", care se administrează în primele 72 de ore după naștere la femeia Rh negativă care a dat naștere unui făt Rh pozitiv. Această globulină va bloca anticorpii anti-Rh creați la mama și va reprezenta un adevărat scut de care se vor lovi sulițele anticorpilor în cursul sarcinilor viitoare.

În cursul căsătoriilor bărbaților Rh pozitivi cu femei Rh negative, accidentele nu se produc decît în unul din 50 asemenea cazuri. Pentru primipare determinarea grupei sanguine și a factorului Rh este obligatorie.

Dacă viitoarea mamă este Rh negativă, se va determina și Rh-ul tatălui. Dacă acesta este Rh pozitiv se vor doza anticorpii în cursul sarcinii (la sfîrșitul lunii a III-a și, în general, la VI, VIII și IX luni).

În concluzie, este bine să cunoaștem grupa sanguină și Rh-ul indivizilor care vor realiza un cuplu prin căsătorie. Subliniem și pe această cale importanța consultațiilor prenupțiale, a sfaturilor care trebuie urmate în asemenea situații. Este deosebit de important ca o femeie Rh negativă, care nu a mai fost însărcinată, să evite transfuziile de sînge și întreruperile de sarcină. Se recomandă ca primele

sarcini care apar la femei avînd Rh-ul negativ, să fie păstrate. În acest mod se va realiza o profilaxie conştientă, o prevenire dirijată a accidentelor care ar putea decurge din conflictele rezultate prin incompatibilitatea de Rh. Ţinem să precizăm încă o dată însemnătatea acestor elemente pentru buna desfăşurare a sarcinilor viitoare şi limitarea la maximum a riscurilor, altfel iminente.

Regimul alimentar în timpul sarcinii

Regimul alimentar al femeii gravide este de o deosebită însemnătate. El trebuie să fie armonios şi să cuprindă alimente indispensabile, aşa cum sînt : proteine, grăsimi, dulciuri, substanţe minerale (fier, calciu, sare), vitamine de toate categoriile, lichide. Avînd în vedere cele de mai sus, dorim să precizăm că aceasta nu înseamnă că în timpul sarcinii trebuie să mîncăm ca pentru doi. Gravida care lucrează poate continua să mănînce aceeaşi cantitate de alimente, dacă aceasta nu este excesivă.

În ceea ce priveşte calitatea alimentaţiei, aceasta trebuie îmbunătăţită în aşa fel încît să incorporeze în regimul său alimentele şi lichidele necesare. *Alimentele protidice* sau *proteinele* sînt atît de origine animală ; ouăle, carnea, peştele, laptele, brînza etc., cît şi de origine vegetală : legumele, fructele, pîinea, cerealele. Trebuie să avem un aport de proteine aproximativ de 1,5 g pentru 1 kg greutate corporală, adică 80—100 g proteine pe zi. Dar alimentele protidice de natură animală sau vegetală sînt mai mult sau mai puţin bogate în proteine. De exemplu, 100 g biftec conţine aproximativ 17 g proteine, 100 g pîine aproximativ 10 g, brînza 25—30%, peştele 22 %, carnea de vită 20 %, laptele 30 %. În acest sens, meniul trebuie să fie de asemenea manieră aranjat încît să conţină produse variabile, dar care să furnizeze pe zi necesarul de aproximativ 100 g proteine. De aceea este bine ca în alcătuirea regimului nostru să cunoaştem care ar fi substanţele cele mai recomandate de la caz la caz şi care sînt produsele în speţă care conţin cantităţile necesare de aceste substanţe. O insuficienţă de proteine poate cauza edeme, în timp ce un exces al acestora poate duce la o contractură uterină mai accentuată şi, în final, la o naştere mai dificilă.

Alimentele care conţin lipide sau *grăsimi* sînt reprezentate mai ales de unt (80 %), ulei (100 %), margarină (80 %), untură (100 %), lapte, smîntînă, cărnuri grase, peşte gras etc. Raţia de grăsimi trebuie să fie de cca 1 g pentru un kilocorp greutate, adică pentru o femeie de o greutate obişnuită, cam aproximativ 50—60 g/zi. Această raţie nu trebuie crescută în timpul sarcinii.

Alimentele care conţin glucide sau *zaharuri*, sînt mai ales : *zahărul*, mierea, dulceţurile, fructele, pîinea, cartofii ş.a. O femeie gravidă poate să-şi aranjeze un regim alimentar cu un conţinut mai mare de glucide decît regimul obişnuit al unui om adult şi anume aproximativ 555 g.

Substanţele minerale reprezintă o problemă deosebit de importantă în alcătuirea unui regim corect în timpul sarcinii. Acest lucru apare necesar datorită faptului că în procesul de dezvoltare intrauterină a fătului, acesta are nevoi sporite de calciu, fier, fosfor, magneziu şi alte substanţe minerale necesare deopotrivă mamei şi fătului.

Calciul, bine reprezentat în brînză, lapte, lapte praf, pîine, ouă etc., este consumat în cantitate crescută în timpul sarcinii. Raţia obişnuită este de aproximativ 0,9—1 g/zi. Dar la o femeie gravidă această raţie trebuie să fie net superioară şi, în tot cazul, crescută mai ales în ultimele luni, cînd necesităţile copilului cresc ; din luna a IV-a consumă din rezervele mamei aproximativ 0,10 g ca în luna a VIII-a consumul să se ridice la 0,60 g, adică aproape raţia normală a unui adult. Aceasta înseamnă că mama trebuie să absoarbă aproximativ 1 g de calciu pe zi în cursul primelor luni, iar din luna a VII-a, aproximativ două grame. O scădere a cantităţii de calciu adusă organismului prin aport alimentar, poate antrena o mulţime de tulburări, deopotrivă la mamă şi la făt. La mamă vom constata că apar carii dentare, crampe musculare, senzaţie de oboseală mai accentuată şi, în ultimă instanţă, chiar o decalcifiere generală a oaselor.

Este important să ne sfătuim cu medicul şi să reglementăm consumul de sare pe perioada gravidităţii. Subliniem acest lucru pentru că o cantitate crescută poate împiedica fixarea calciului ; sau, dimpotrivă, dacă corpul nostru este mai bogat în calciu, vom fi sfătuite să evităm alimentele care conţin cantităţi crescute ale acestui mineral. Nu este necesar, de exemplu, să consumăm peste o jumătate de litru de lapte pe zi, mai ales că numeroasele alimente pe care le utilizăm cum sînt legumele, brînza, aduc un aport corespunzător de calciu pentru dezvoltarea normală a organismului. De aceea trebuie să ţinem seama în alcătuirea regimului de cantităţile de lapte pe care să le utilizăm, iar dacă sînt între dumneavoastră femei care nu-l tolerează sau nu-l servesc cu plăcere, de comun acord cu medicul, vor stabili cantităţile necesare de calciu aduse organismului pe cale medicamentoasă. Să nu uităm însă importanţa vitaminei D, care permite o bună fixare a calciului şi care reprezintă o regulă în actul de dispensarizare prenatală a tuturor gravidelor şi se efectuează după

cum știm și la circumscripțiile sanitare sau policlinicile din țara noastră.

Fierul este un alt element care trebuie cuprins în alcătuirea regimului alimentar. Numeroase alimente sînt bogate în fier, între care amintim fructele, spanacul, o serie de legume crude, ardeiul, ficatul, ouăle și altele. Să nu uităm că în timpul sarcinii femeia gravidă trebuie să absoarbă aproximativ 35 mg fier pe zi, acesta fiind necesar copilului său pentru fabricarea cantităților suficiente de hemoglobină din sînge, mai ales în ultimele luni de sarcină.

Sarea sau *clorura de sodiu* reprezintă și ea un necesar zilnic de aproximativ 8—9 g. Aceste necesități sînt ușor acoperite de către sarea conținută în mod obișnuit de alimente, precum și de cea pe care o adăugăm pentru ajustarea gustului după preferințele noastre. În tot cazul, în timpul sarcinii este necesar să nu se mărească rația obișnuită de sare. Ea este suficientă pentru acoperirea nevoilor copilului. În unele situații trebuie scăzută, deoarece cunoaștem că un exces de sare poate să ducă la o serie de tulburări ca edemele, adică reținerea unei cantități mai mari de apă în țesuturi ca urmare a utilizării unei cantități sporite de apă și, în consecință, umflarea picioarelor, gambelor, mîinilor, care se va repercuta și asupra dezvoltării în continuare a sarcinii și desfășurării ulterioare a nașterii. Excesul de sare poate antrena tulburări la nivelul rinichilor sau, în sfîrșit, poate favoriza apariția de albumină în urină (albuminuria cum se mai numește în termeni medicali). Tocmai în acest scop se recomandă, în ultimele luni de sarcină, diminuarea cantității de sare întrebuințată, care poate merge uneori pînă la suprimarea ei completă, dacă starea gravidei ne obligă, mai ales în ultimele patru pînă la două săptămîni de sarcină.

În afară de calciu, fier și sare există alte elemente cum sînt : iodul, fosforul, magneziul, sulful, la fel de necesare. Dar toate aceste minerale vor fi furnizate printr-o alimentație rațională, normală.

Vitaminele. Pentru ca organismul să funcționeze normal este necesar ca, în afară de substanțele amintite, regimul alimentar să conțină o anumită cantitate de produse numite vitamine. Ele contribuie la o mai bună utilizare și fixare a alimentelor energetice de bază. Vitaminele acționează oarecum asemănător hormonilor, adică în cantități mici. În timpul sarcinii este deosebit de important să absorbim o cantitate suficientă de vitamine. De aceea este necesar să facem în așa fel ca în fiecare zi alimentația pe care o consumăm să fie bogată în vitamine și să nu riscăm un regim alimentar sărac, periculos atît pentru mamă și cît pentru făt. Să nu uităm și faptul că și în prezent se mai discută rolul indispensabil al unor vitamine în timpul gravidității, de lipsa cărora se leagă o serie de avorturi

sau unele naşteri înainte de termen. Iată o serie de vitamine care sînt necesare a fi furnizate pe calea aportului alimentar.

Vitamina A, care este o vitamină de creştere se găseşte în lapte sau preparate de lapte, în morcovi, ficat, peşte, roşii, ardei etc. O scădere a acestei vitamine poate antrena neplăceri la făt şi provoca tulburări de vedere sau digestive la mamă.

Vitaminele din grupul B sînt absolut necesare în timpul sarcinii. Raţia necesară de vitamine B trebuie crescută în acest timp pentru asigurarea unei bune dezvoltări şi funcţionări a nervilor, muşchilor, tubului digestiv etc.

Vitamina C este deosebit de mult utilizată şi are o absorbţie destul de uşoară, putînd fi bine reprezentată în regimul alimentar dacă acesta conţine : fructe şi sucuri de fructe, lămîi, portocale, roşii etc. O carenţă de vitamina C poate antrena la copil o oarecare stare de anemie la naştere, iar în afară de aceasta, vitamina C participă şi la elaborarea unor substanţe hormonale. De aceea este foarte important să consumăm fructe crude şi să ţinem seama în alcătuirea regimului nostru de ponderea pe care trebuie să o aibă această importantă vitamină.

Vitamina D are o mare importanţă în fixarea calciului. Dar, faţă de celelalte vitamine, aceasta se găseşte în cantităţi foarte mici în alimentele pe care le consumăm în mod obişnuit. Organismul nostru o fabrică numai dacă este supus razelor ultraviolete ale soarelui. Se ştie de către aproape toate mamele despre boala numită rahitism care apare la copiii născuţi din femei private de vitamina D în regimul alimentar sau la copiii feriţi, dintr-o grijă prost înţeleasă, de efectele binefăcătoare ale razelor solare.

Vitamina E despre care se spune că este vitamina fecundităţii şi în mod particular femeia gravidă are necesităţi crescute de această vitamină, se găseşte în orez, în granulele de cereale, albuş de ou, ficat şi pare să aibă un efect protector asupra dezvoltării normale a sarcinii, a protejării ei împotriva unui avort sau a naşterii premature.

Vitamina K este utilă cu deosebire la sfîrşitul sarcinii, ea avînd rol în coagularea sîngelui, fiind o vitamină antihemoragică. Este conţinută în salatele verzi, albuşul de ou, ardei etc.

În general vorbind, cantităţile necesare de vitamine sînt aduse organismului în mod obişnuit printr-un regim alimentar normal, raţional şi ordonat folosit. Un asemenea regim va asigura participarea în cantităţi necesare a principalelor substanţe energetice, vitaminice şi acoperirii, în ultimă instanţă, a nevoilor calorice corespunzătoare dezvoltării normale a sarcinii şi naşterii unor copii sănătoşi.

Băuturile. În timpul sarcinii este necesar să consumăm aproximativ 1—$1^1/_2$ l lichide pe zi. Desigur, această cantitate poate varia în funcție de sezon, climat, dar este bine ca în general să fie în jur de 8 pahare pe zi, niciodată inferioară la 6 pahare, cuprinzînd supă, cafea, sucuri de fructe sau apă.

Chiar dacă avem tendința să ne balonăm după repaus, nu trebuie să suprimăm băuturile, ci vom încerca să le consumăm între perioadele de odihnă.

Ce vom bea ?

Apa, pe care vom evita să o bem prea rece este absolut necesară organismului gravid chiar în cantități mai mari ca normal.

Laptele poate fi consumat sub toate formele și trebuie să reprezinte un aliment de bază, avînd un aport substanțial de calciu și reprezentînd o sursă calorică bună.

Băuturile stimulente cum sînt cafeaua, ceaiul pot fi utilizate in timpul graviditătii atîta vreme cît nu ne provoacă tulburări de somn sau nu produc palpitații ori tulburări digestive. Față de băuturile alcoolice trebuie să avem un oarecare discernămînt. Vinul, de exemplu, poate fi consumat aproximativ două, maximum trei pahare pe zi. În cazul în care gravida este obișnuită cu catintăți mai mari, acestea trebuie reduse la doza amintită. Nu este vorba prin urmare de o suprimare a acestei băuturi, ci pur și simplu de limitarea ei. În schimb, băuturile concentrate în alcool cum sînt : țuica, cocteilurile, coniacul sau alte aperitive concentrate nu sînt recomandate în timpul sarcinii. Abuzul de alcool poate avea consecințe grave împiedicînd dezvoltarea normală a copilului, putînd duce, în unele situații, la avorturi sau chiar la moartea copilului, fără să mai vorbim de o serie de complicații nervoase în cazul rămînerii în viață a lui. Băuturile cu un conținut mai mic de alcool devin nocive dacă sînt consumate în doze crescute. Prin urmare este bine să suprimăm în timpul sarcinii băuturile alcoolice concentrate pe toată perioada celor nouă luni, cu excepția vinului sau a berii, utilizate în cantități rezonabile.

Așa după cum spuneam, există obiceiul ca în timpul graviditătii femeia să mănînce ca pentru doi. În realitate nu trebuie ca gravida să depășească rația alimentară cu mai mult de 1/5 din rația normală.

Este deosebit de important să ne supraveghem cu mare atenție și responsabilitate creșterea în greutate în timpul graviditătii. Dacă vrem ca nașterea să se desfășoare normal, este bine să nu exagerăm consumul de alimente, să veghem în permanență în menținerea unei greutăți corporale relativ apropiate de cea dinaintea graviditătii. Să nu cădem însă în cealaltă extremă a subalimentației, pentru că a te

alimenta rațional nu înseamnă a renunța la aceasta. O alimentație proastă sub aspect calitativ și cantitativ poate duce la instalarea unui avort, nașteri premature sau la copii distrofici. În condiții normale, în cursul și spre sfîrșitul sarcinii, o femeie gravidă nu trebuie să crească în greutate mai mult de 9—10 kg. Această greutate o considerăm normală pentru că în cele 10 kg intră :

— greutatea copilului	3 kg 250 g
— Placenta și lichidul amniotic	1 kg 200 g
— creșterea în volum a uterului și a sînilor : 1250, respectiv 750 g.	2 kg
	6 kg 450 g

Cele 3—4 kg suplimentare reprezintă grăsimea și apa acumulată în cursul sarcinii. Prin urmare, creșterea în greutate a femeii gravide reprezintă creșterea fiziologică a organelor specifice (uterul, sînii și sîngele), țesuturilor fetale (copilul, placenta, lichidul amniotic) și tendința gravidei de a reține în țesuturi o cantitate crescută de apă.

Cele 10 kg vor fi luate mai ales începînd după luna a III-a, socotind aproximativ 300 g pe săptămînă, gravida poate crește în greutate cam 2 kg în primele trei luni și jumătate, ca în perioada următoare îngrășarea să fie în jur de un kilogram la trei săptămîni. Uneori creșterile sînt mai mari în ultimele luni și stagnează în altele. Creșterile de 1/2—1 kg pe săptămînă sau mai mult, sînt anormale și trebuie anunțat medicul. Cîntărirea se face dimineața înainte de micul dejun, dezbrăcată la piele. O femeie gravidă are nevoie de aproximativ 2 500 de calorii/zi, în timp ce, în condiții normale, îi sînt suficiente 2 000 de calorii. Ținem să remarcăm faptul că nu există corespondență între greutatea alimentului și numărul de calorii. De exemplu, 2 kg roșii furnizează 400 calorii, tot atîta cît 100 g de zahăr. O serie de alimente sînt în mod special bogate în calorii. Altele, dimpotrivă sărace.

De o însemnătate deosebită în creșterea echilibrată în greutate sînt consultațiile prenatale, efectuate în mod periodic de către medic sau moașă. Gravidele trebuie să se supravegheze singure, să se cîntărească regulat acasă, iar, dacă nu au posibilități la domiciliu, să se prezinte cel puțin o dată pe lună la medicul care le supraveghează.

Principalele remedii în cazul creșterilor neraționale în greutate ar consta din : voința personală a gravidei, diminuarea eventuală a apetitului, excluderea gustărilor între mase cu excepția laptelui, excluderea băuturilor, prăjiturilor, ciocolatei, restrîngerea însemnată a lichidelor, eliminarea untului și consumarea numai a două felii de pîine pe zi, eliminarea sau reducerea sării care reține lichidele, elimi-

narea cartofilor prăjiţi, covrigilor săraţi, peştelui sărat, cărnurilor sărate, degresarea laptelui ; eliminarea mîncărurilor prăjite ; zaharină în loc de zahăr ; fără carne de porc ; fructe proaspete în locul celor conservate ; dejunul poate fi înlocuit cu lapte degresat şi cîţiva biscuiţi nesăraţi ; se elimină pastele făinoase.

Gravida poate avea însă o serie de dorinţe cum de obicei au majoritatea femeilor gravide. Nu trebuie să nu şi le satisfacă, dar este bine să ţină seama de alimentele formal contraindicate. Pe de altă parte dorinţele trebuie să corespundă necesităţilor organismului.

Viaţa cotidiană a femeii gravide

Cu mulţi ani în urmă, femeia gravidă era obligată, fie de anturaj, fie de mentalitatea vremii, la o inactivitate aproape totală. Femeile evitau cel mai mic efort, stăteau multă vreme lungite în pat, nu făceau baie, totul era considerat periculos.

Trebuie să subliniem că actualmente de regulă se poate considera că o femeie gravidă îşi poate continua viaţa absolut normală, dar bineînţeles acolo unde sarcina se desfăşoară fără nici un incident. Nu trebuie să se considere bolnavă, nici să treacă la inactivitate, dar este necesară o anumită prudenţă şi anumite precauţii cu privire la unele munci pe care le desfăşoară, la unele sporturi pe care le practică, la o serie de deplasări etc. Nu trebuie să ignorăm aceste recomandări fiindcă toate precauţiile de care vorbim au un singur scop : împiedicarea unui avort sau a unei naşteri premature. Gravida îşi poate continua în condiţii normale menajul însă trebuie să evite eforturile mari şi ridicarea de greutăţi. Dacă lucraţi într-un birou, într-o bibliotecă sau serviciul este de aşa natură, încît să nu vă solicite eforturi prea mari, puteţi să vă continuaţi liniştită activitatea. Nu trebuie să uităm că în ultimul trimestru de sarcină femeia oboseşte mai uşor, respiră ceva mai dificil, se deplasează mai greoi. Tocmai de aceea este bine să utilizăm concediul prenatal legiferat în ţara noastră.

Călătoriile

Este destul de controversată problema călătoriilor, mai ales sub aspectul mijloacelor de transport pe care trebuie să le adoptăm. Nu există o restricţie netă faţă de unul din aceste mijloace. Trepidaţiile prelungite ale trenului ca şi ale automobilului pot influenţa uterul gravid şi produce, în ultimă instanţă, contracţii şi dureri favorizînd un

avort sau o naştere prematură în funcţie de vîrsta sarcinii. Plecînd într-o călătorie, gravida îşi asumă deja un anumit risc, chiar minim. De aceea, în luarea unei hotărîri privind anumite deplasări pe care le face, gravida trebuie să ţină seama de aceste riscuri care, din nefericire, s-au verificat în foarte multe cazuri.

Dacă, printr-o împrejurare deosebită, este obligată să plece, să consulte neapărat înainte medicul, pentru a-i da indicaţiile necesare, a-i aprecia starea sarcinii şi a-i prescrie cîteva medicamente pe care să le folosească în caz de urgenţă.

În tren se va interesa dacă este bine să călătorească aşezată sau culcată. Acest lucru este diferit apreciat. Unii medici recomandă călătoria în poziţie culcată, alungită, alţii, şezînd pe bancă. Este bine, de aceea, să cereţi avizul medicului care vă supraveghează şi să evitaţi locurile plasate pe roţi sau acolo unde trepidaţiile sînt mai mari.

Este bine să utilizăm maşini care au o suspensie bună. Gravida să şadă în faţă, într-o poziţie cît mai comodă, să se evite frînele puse brusc, trepidaţiile şi viteza excesivă. Drumul parcurs să fie făcut în etape care să nu depăşească 300 km/zi.

În avion călătoria nu reprezintă o contraindicaţie în cazul în care sarcina este normală, dar este recomandabil să se evite în prezenţa unor complicaţii, cum sînt : albuminurie, tensiune arterială mărită, bolile de inimă, hipertiroidismul şi în cazul în care sarcina a depăşit şapte luni.

Călătoria cu vaporul nu este contraindicată dacă nu este lungă sau nu avem predispoziţie pentru răul de mare.

Sporturile şi gimnastica

În general, atît sporturile cît şi gimnastica pot fi practicate şi în timpul sarcinii, dar acest lucru depinde de natura sportului practicat, antrenamentul femeii, precum şi de maniera în care se practică, de starea de sănătate şi de vîrsta sarcinii. Orice sport este bine să se facă cu moderaţie. Tensiunea arterială mărită, albuminuria, bolile de inimă, malformaţiile uterului, sînt cîteva elemente care contraindică practicarea sportului în timpul graviditäţii. Vîrsta sarcinii trebuie, de asemenea, luată în considerare. În general, este recomandabil să se evite sporturile neraţional practicate în primele trei luni şi în ultimele două luni de sarcină.

Probabil că unele gravide nu practică în general nici un sport, dar este deosebit de important să facă totuşi un minimum de exerciţii care constau într-o plimbare de cel puţin o oră pe zi şi de aproximativ 10 minute de gimnastică în fiecare dimineaţă. Plimbările zilnice asi-

gură absorbţia unei cantităţi sporite de oxigen cu un efect mai mare decît în mod obişnuit, suficientă pentru aerarea corectă a organismului matern şi satisfacerea nevoilor fetale.

Gimnastica este de asemenea tot mai mult recomandată femeilor gravide, prin ea înţelegînd desigur exerciţii uşoare, judicios practicate, lipsite de pericol.

Somnul

Durata lui va fi de minimum opt ore pe zi, fără să existe însă restricţii pentru prelungirea acestui timp. Se recomandă o siestă bună de cel puţin o jumătate de oră după masa de prînz, într-o ţinută lejeră, pentru ca odihna să fie cît mai agreabilă. Este bine ca gravida să stea întinsă, alungită pe un pat comod, la dorinţă sau la nevoie cu gambele mai ridicate, mai ales în cazul în care există o circulaţie ceva mai defectuoasă la picioare.

Igiena corporală

Femeia gravidă transpiră mult mai mult decît în mod obişnuit, de aceea igiena corporală trebuie să se facă cu mai mare atenţie în timpul sarcinii. Aproape 1/5 din cantitatea de apă se elimină prin piele în timpul gravidităţii, datorită glandelor sudoripare care secretă mai abundent. De aceea, baia poate fi practicată zilnic, ea nefiind contraindicată în timpul sarcinii cu condiţia să nu fie prea caldă, adică să se facă la o temperatură de aproximativ 37°, să fie scurtă, nu mai mult de 5—10 minute şi să nu se practice de femeile care sînt predispuse la avorturi sau prezintă albuminurie.

Igiena organelor genitale

Regiunea organelor genitale, vulva, vaginul şi chiar rectul, trebuie menţinute în aceeaşi stare de curăţenie. Aceasta se impune cu atît mai mult cu cît în timpul sarcinii secreţiile vaginale sînt crescute. De aceea este bine să se facă băi şi în aceste regiuni (băi de şezut) dimineaţa şi seara, dacă este posibil chiar irigaţii în cazul unor secreţii abundente şi iritante, dar în aceste situaţii este bine ca, înainte de a lua o hotărîre, din proprie iniţiativă, să consultăm medicul. El va cerceta cauza şi va indica remediul terapeutic adecvat.

Raporturile cu soțul

Femeia gravidă își poate desfășura mai departe viața familială și obligațiile de serviciu, nestînjenită, în măsura în care evoluția normală a sarcinii permite acest lucru. Deci și raporturile cu soțul pot fi continuate cu condiția ca ele să fie mult mai moderate în primele trei luni, să se evite la data ciclurilor fiindcă în acest timp riscurile avorturilor sînt mai mari și să lipsească complet în ultimele două luni de sarcină. Dacă sarcina a fost amenințată de avort, prudența trebuie să fie mai mare și ne vom abține complet de la raporturile sexuale cu soțul.

Fumatul

Se pare că în prezent un număr tot mai mare de femei, atît tinere cît și vîrstnice, fumează. Desigur, multe vor fuma și în timpul graviditătii. Cele care fumează în timpul sarcinii trebuie să reducă substanțial numărul țigaretelor și în nici un caz să nu depășească 4—5 pe zi. Dacă este vorba de o fumătoare inveterată, un maximum de 10 țigarete pe zi considerăm că pot satisface necesitățile, dacă ține la evoluția normală a propriului ei copil.

Prin urmare, din cele relatate mai sus, se poate desprinde ideea că în timpul sarcinii nu trebuie să schimbăm aproape nimic din viața noastră de fiecare zi, din ocupațiile profesionale, menajere sau chiar mondene ; dar nu este mai puțin adevărat că trebuie să evităm toate cauzele de solicitare excesivă și surmenajul de orice natură, mai ales la începutul și la sfîrșitul sarcinii sau la datele presupuse ale ciclurilor menstruale, care lipsesc în timpul grividității.

Îmbrăcămintea

Ea trebuie să fie în general largă, lejeră, comodă, de preferință prinsă pe umeri pentru ca pieptul și mijlocul să fie degajate, iar greutatea ei să nu depășească pe cea normală. Nu este bine să purtăm jartiere circulare, fiindcă ele pot contribui la apariția varicelor. Pantofii să aibă tocurile late și joase, eventual chiar fără tocuri ; în cazul în care sînt incomode, pot fi folosite și tocurile înalte cu care femeia este obișnuită.

Centura de sarcină

Din cele mai vechi timpuri, femeile au fost preocupate de revenirea abdomenului la dimensiunile dinaintea sarcinii. În acest scop au fost folosite centuri speciale. Dar majoritatea femeilor, care au o musculatură abdominală bine dezvoltată în urma practicării sportului și care nu poartă centură niciodată, nu au nevoie nici în timpul sarcinii. Ea nu contribuie la întărirea musculaturii, nici nu împiedică apariția vergeturilor. Centura își găsește însă rostul la femeile cu abdomen lax, datorită multiplelor sarcini din antecedente, celor cu un abdomen prea destins, din cauza unei sarcini gemelare și se poate utiliza numai după luna a IV-a de sarcină, avînd grijă să fie cît se poate de comodă. Se îmbracă culcată în pat și se închide de jos în sus. În primele 6—10 săptămîni după naștere abdomenul își recapătă o bună parte din tonusul normal.

Sutienul în timpul sarcinii

Sfîrcurile trebuie ținute curat, recomandînd masarea zilnică, în ultimele luni, pentru întărirea lor și favorizarea secreției lactate. Este bine să se frece cu un prosop aspru, muiat în apă călduță. Sutienele trebuie să fie speciale, alcătuite din pînză tare, care să acopere bine părțile laterale ale sînilor și să-i susțină. Este bine să ajungă pînă la axilă. Uneori pot fi folosite chiar și noaptea și să fie perforate la nivelul mamelonului.

Îngrijirea pielii, dinților și unghiilor

Pentru ca pielea să rămînă suplă și elastică, trebuie îngrijită și unsă regulat cu o cremă bună sau chiar cu ulei. Este bine să ne masăm cu blîndețe, fie cu mîna sau mai indicat cu un prosop mai aspru, favorizînd, în acest fel, activarea circulației sîngelui la nivelul pielii, o mai bună nutriție a sa și o stare de prospețime permanentă.

În ceea ce privește dantura, unul din cele mai cunoscute aforisme legate de sarcină, al cărui autor se pare că nu este cunoscut, sună în felul următor : „fiecare copil înseamnă un dinte“ sau „un copil în plus, un dinte în minus“.

Aceasta înseamnă că igiena danturii trebuie respectată cu deosebită strictețe, ea trebuie să reprezinte o preocupare esențială chiar și înainte și după sarcină.

De aceea femeia gravidă trebuie să fie examinată în primele luni de medicul stomatolog, tratîndu-și cariile existente și asigurîndu-și un plus de calciu prin alimentație. La unele femei gingiile se tumefiază și sîngerează și, dacă acestea nu cedează la masare, trebuie consultat medicul. Sarcina nu cauzează de fapt nici carii, nici decalcifiere. În schimb o carie existentă înaintea sarcinii poate fi agravată de aceasta.

Unghiile devin uneori mai friabile în timpul sarcinii, datorită unei cantități insuficiente de calciu. Ele trebuie tăiate scurt, întreținute printr-o toaletă riguroasă și îngrijite cu manichiură, care este, în general, eficace și fortifiantă.

Boli asociate sarcinii

Există anumite boli, fie anterioare sarcinii, fie contractate în cursul ei, care pot avea o influență nefastă asupra dezvoltării copilului și compromite sănătatea mamei dacă ele nu sînt semnalate la timp. Cele mai obișnuite și frecvente boli, care pot apărea în cursul gravidității, sînt următoarele :

Bolile de inimă

Deoarece unele dintre ele sînt grave, acestea vor necesita întreruperea terapeutică a sarcinii. Cu toate că bolile de inimă nu au toate aceeași gravitate, se impune prudență în toate cazurile, supraveghere medicală atentă, un regim alimentar sever, sărac în calorii și sare, așa încît gravida să nu cîștige în greutate decît foarte puțin și să fie chiar sub limita normal admisă unei gravide sănătoase. Cardiotonicele (digitala și strofantina) se administrează ori de cîte ori este nevoie. O boală de inimă necomplicată nu trebuie să ne sperie, deoarece, dacă este supravegheată atent de cardiolog și obstetrician, se limitează foarte mult riscurile.

Este mai bine ca o bolnavă de inimă să nască spontan, la termen și numai în cazuri anumite prin cezariană. În timpul nașterii și cîteva zile după aceea, se vor administra antibiotice pentru a preveni o eventuală infecție, care ar putea cauza inimii foarte sensibile mari neplăceri. Femeia trebuie convinsă să nu-i fie teamă, cardiacele putînd avea doi sau chiar 3—4 copii.

Diabetul

Este o boală care constă în prezența anormală de zahăr în sînge și urină. Netratată sau tratată insuficient, poate fi cauza unui avort, nașteri premature sau chiar a morții fătului în uter. Mamele cu această boală dau în general naștere la feți mari cu o greutate de peste 4 500—5 000 g. Diabetul este în general agravat de sarcină. Dar este adevărat că sarcina nu mai amenință sănătatea și viața femeii bolnave dacă aceasta urmează un regim alimentar adecvat (stabilit de medic), face insulină și se supune unui control medical riguros. Cele mai bune rezultate se obțin cînd, în tot timpul sarcinii, femeia este supravegheată de un medic specialist în diabet și un obstetrician.

Tuberculoza

Este o boală care nu poate fi transmisă de mamă copilului pe care îl poartă. Copilul unei mame bolnave de tuberculoză nu se naște tuberculos. După naștere însă copilul poate fi contaminat de mama sa, dacă rămîne în contact cu ea și dacă suge. De aceea nou-născutul trebuie scos din acest mediu pînă la vindecarea mamei, nu va fi alăptat de mama lui și va fi vaccinat BCG. Dar, dacă boala nu mai este activă și nu periclitează viața copilului, acesta poate rămîne la mamă, dar, din nefericire, sarcina are tendința să agraveze această boală.

Sifilisul

A devenit mult mai rar ca altădată, dar nu a dispărut complet. El poate provoca un avort, moartea fătului în uter înainte de naștere etc. Dacă copilul s-a născut viu, el suferă de sifilis congenital. Reacția Bordet-Wasserman (RBW) este obligatorie și, practicată în primele trei luni de sarcină, permite diagnosticul. Tratamentul corect și la timp efectuat cu penicilină pune la adăpost copilul de urmările acestei boli.

Bolile infecțioase

Trebuie să facem totul pentru a evita bolile infecțioase de regulă însoțite de febră. Aceste boli sînt datorite unor microbi sau virusuri și sînt : gripa, pneumonia, rubeola, oreionul, scarlatina etc. În general, toate bolile infecțioase însoțite de febră pot, dacă ele ating o formă acută, să aibă influență nefastă asupra evoluției sarcinii, fie provocînd

un avort, fie o naştere prematură. Se pune o problemă : poate o boală infecţioasă a mamei în timpul sarcinii să determine malformaţii la copil ? Aceasta s-a constatat pentru rubeolă ; riscurile malformaţiilor pentru primele opt săptămîni de sarcină sînt de 95%, descresc, din fericire, rapid după a noua săptămînă ajungînd pînă sub 20% şi dispar după trei luni.

Rubeola

Cum spuneam, s-a constatat că femeile care s-au îmbolnăvit de rubeolă în primele trei luni de sarcină au născut copii cu malformaţii. Femeile care s-au îmbolnăvit mai tîrziu, dau naştere unor copii sănătoşi şi perfect normali. De aceea legislaţia actuală a ţării noastre, privind reglementarea întreruperii sarcinii, autorizează întreruperea ei la femeile care au făcut rubeolă în primele două luni de sarcină. Este bine ca fetele să facă rubeolă între 6—16 ani, fiindcă ea este o boală care conferă imunitate, deci a doua oară nu se mai îmbolnăvesc. Gravidele în primele trei luni se vor feri să vină în contact cu bolnavii de rubeolă, mai ales cu copii.

Pojarul, varicela, scarlatina, mononucleoza infecţioasă, tusea convulsivă, oreionul nu afectează fătul, indiferent de perioada cînd apare boala în timpul sarcinii.

Imunizarea fătului

Anticorpii acumulaţi de mamă în timpul copilăriei continuă să circule în sînge o perioadă îndelungată şi sînt transmişi fătului prin placentă cu fiecare sarcină. Ca rezultat, copilul se naşte imun faţă de o boală la care mama este imună. Această imunitate durează însă la copil doar 3—6 luni. Singura excepţie o face tusea convulsivă, la care copilul este deosebit de sensibil.

Intervenţiile chirurgicale

Pot surveni situaţii în timpul gravidităţii cînd o boală, apărută sau agravată în această perioadă să necesite un tratament chirurgical. Intervenţiile chirurgicale de urgenţă se pot efectua în orice perioadă a sarcinii, fără vreun risc prea mare (apendicite, afecţiuni acute ale vezicii biliare, hernii strangulate, hemoroizi trombozaţi etc.). Alte operaţii însă pot fi amînate pînă după naştere (amigdalectomiile,

hemoroizii, repunerea unei hernii simple, operaţii plastice pe vagin) şi este recomandabil ca acestea să se practice la aproximativ trei luni după naştere. Fătul suportă destul de bine anestezicele.

Extracţiile dentare şi plombele (obturaţiile) pot fi făcute oricînd în timpul sarcinii.

Bolile psihice

Cele existente pot fi agravate de sarcină. Tratamentul lor nu este însă afectat de prezenţa sarcinii. Tranchilizantele, şocurile şi spitalizarea sînt recomandate ca şi cum femeia nu ar fi gravidă. Cu toate acestea unii medici obstetricieni sînt mult mai rezervaţi în legătură cu utilizarea acestor medicamente sau procedee terapeutice, mai ales în primele luni ale sarcinii. Uneori este necesar un avort terapeutic la cererea psihiatrilor, mai ales în cazul unor tendinţe de suicid sau a unui tratament excesiv cu psihotrope.

Bolile proprii sarcinii

În anumite situaţii unele din simptomele de sarcină amintite la capitolul „Sarcina normală" pot fi exagerate devenind de-a dreptul periculoase şi creînd o stare de boală.

Vărsăturile grave de sarcină

Sînt cunoscute şi sub numele de hiperemeză sau disgravidie precoce şi reprezintă o boală care apare în primele trei luni de sarcină, caracterizată prin vărsături din ce în ce mai frecvente şi mai abundente, care încep cam după şase săptămîni de sarcină şi dispar, în general după trei-trei luni şi jumătate. Aceste vărsături sînt foarte acide. Gravida slăbeşte în greutate, devine palidă, cu tegumentele uscate din cauza deshidratării (a pierderilor de lichide), îi scade tensiunea arterială, pulsul devine mai frecvent, nu se poate alimenta.

Este bine ca bolnava să fie scoasă din mediul sau anturajul familial şi internată într-un spital. De multe ori, vărsăturile au o cauză psihică ; este destul de cunoscut faptul că fetele nemăritate, de exemplu, care tăinuiesc sarcina şi o ascund anturajului sau familiei, în marea lor majoritate nu prezintă asemenea vărsături. Dimpotrivă, sînt situaţii cînd femei, care doresc cu multă insistenţă un copil, la ideea

unei sarcini de fapt neexistente, pot prezenta vărsături mai mult sau mai puţin pronunţate, care imită sau dau credinţa falsă despre prezenţa unei sarcini.

Una din modalităţile importante în ameliorarea vărsăturilor de sarcină o constituie scoaterea bolnavei din mediul sau anturajul familial şi internarea într-un serviciu spitalicesc de specialitate. Aici medicul va fi în măsură să aprecieze starea generală, vîrsta sarcinii, modificările de ordin general sau local survenite în asemenea situaţii. Bolnava va fi cîntărită cu regularitate, supraveghindu-se curba ponderală. Va fi rehidratată cu ajutorul perfuziilor endovenoase vitaminizate, suprimîndu-i-se orice alimentaţie orală (pe gură). Realimentarea va începe treptat fiind dominată de lichide de preferinţă reci. Tot timpul se va efectua un control riguros al urinii, sîngelui şi al oscilaţiilor tensiunii arteriale. De foarte multe ori simpla internare în spital ameliorează complet starea de rău pe care o prezintă gravida, vărsăturile încetează, se realimentează, creşte în greutate.

Există însă şi situaţii cînd, cu tot tratamentul efectuat, vărsăturile persistă, starea generală se alterează, bolnava continuă să scadă în greutate, iar în urină apar nişte produşi de metabolism numiţi corpi cetonici (acetonurie).

În condiţiile în care acetonuria persistă şi nu este influenţată de tratamentul judicios condus, legislaţia actuală a ţării noastre, privind reglementarea întreruperii cursului sarcinii, prevede şi permite efectuarea acestei întreruperi.

Avorturile

Pierderea sarcinii, deci expulzarea fătului în afara organismului matern înainte de şase luni, cînd acesta nu are viabilitate, este cunoscută sub numele de a v o r t. În termeni obişnuiţi sub această denumire sînt cuprinse şi întreruperile provocate ale sarcinii şi expulzarea fătului printr-o întrerupere accidentală sau spontană. În medicină însă se disting mai multe tipuri de avorturi : spontane sau provocate. Dintre cele provocate ne vom referi mai puţin la cele delictuale, criminale, care, de cele mai multe ori, pun în pericol viaţa femeii, dau complicaţii deosebit de grave cu serioase consecinţe asupra sănătăţii femeii, dacă aceasta a scăpat cu viaţă sau chiar împiedică o bună vreme sau definitiv posibilitatea de a mai avea copii, ducînd la o situaţie demoralizantă pentru ele.

Tentativele de avort, utilizarea unor metode nemedicale, neştiinţifice, au plătit un tribut scump cu multe vieţi omeneşti pierdute.

Avortul terapeutic

Există situaţii în care femeia gravidă în primele trei luni suferă de o boală anterioară, care, prin complicaţiile pe care le-ar avea din cauza sarcinii, pune în pericol viaţa femeii ; sau are o boală contractată în timpul sarcinii care pune în pericol viaţa fătului sau determină modificări anormale numite malformaţii, care nu i-ar putea permite copilului o viaţă socială normală. În asemenea cazuri sarcina se întrerupe în mod voit, realizîndu-se aşa-zisul avort terapeutic. În decretul în vigoare în ţara noastră sînt prezentate bolile care reprezintă o indicaţie de întrerupere a sarcinii, realizînd astfel o protecţie a femeii gravide care suferă de una din aceste boli.

Avortul posttraumatic

Este foarte rar, apărînd în cazul unor ciocniri foarte brutale, accidente de maşină etc., sau de altă natură, care ocazionează un traumatism violent, putînd provoca un avort spontan în orele ce urmează accidentului.

Avortul spontan

Este datorit unei cauze patologice şi reprezintă pierderea neaşteptată a conţinutului uterin. El poate apărea din cauza unor boli care interesează mama sau ca urmare a unor afecţiuni ale produsului de concepţie însuşi. Dar, din nefericire, într-un anumit număr de cazuri este foarte dificil de determinat originea unui avort şi deci este firesc că în asemenea situaţii este şi foarte greu să-l prevenim. Este tot aşa de adevărat însă că astăzi sîntem în situaţia să cunoaştem un număr relativ mare de cauze de avort. Ele pot fi : genetice, materne, de ordin local sau general, cauze fetomaterne şi placentare. Originea genetică a avortului spontan este teoretic dublă ; el poate fi datorit transmiterii unei gene calitativ tarate, dar care, în stadiul actual al cunoştinţelor, nu poate fi depistată. Studii recente au demonstrat existenţa de avorturi prin plus sau defect genetic. Prezenţa unui cromozon supranumerar conduce la un exces de material genetic, provocînd un dezechilibru care duce la moartea oului şi, în consecinţă, la avort. Aceeaşi consecinţă apare şi dacă lipsesc anumiţi cromozomi necesari embriogenezei. Este un fapt constatat că o serie întreagă de intoxicaţii sau de anumite boli specifice pot influenţa reproducerea sau pot duce la dezvoltări anormale ale oului.

Dintre cauzele materne cele mai multe sînt locale. Toate bolile endometrului, adică a locului de implantare, cu nidaţia defectuoasă a oului, reprezintă o cauză de pierdere a sarcinii ; aşa sînt sechelele după endometrite, fibroamele care se dezvoltă submucos, înspre interiorul cavităţii uterului, nelăsînd loc suficient dezvoltării sarcinii. Malformaţiile uterului, care din cauza modificărilor anatomice ale acestuia împiedică creşterea oului şi compromit implantarea lui corectă în uter ; aşa este conformaţia uterelor cu un corn mai dezvoltat, uterul bicorn cu o adîncitură la mijloc în formă de şa, a uterelor septate şi aşa mai departe. Unele dintre aceste malformaţii se pot corecta chirurgical. De asemenea se pot semnala deviaţii exagerate ale uterului ca uterele mici, nedezvoltate suficient, „hipoplazice" cum le numim în termeni medicali sau deschiderea anormală a colului uterin sau „insuficienţa cervicală" pot fi cauze de avort spontan ; şi să nu uităm, desigur, un dezechilibru hormonal, adică o lipsă sau un exces de hormoni.

Dintre cauzele generale reţinem un mare număr de boli infecţioase acute, însoţite de febră ridicată, care par a fi responsabile de producerea avortului ; apoi sifilisul, „grande avorteuse", intoxicaţiile, alcoolismul, anumite intoxicaţii profesionale, nefritele albuminurice, anumite medicamente, lipsa unor vitamine etc. Rolul progesteronului, unul din hormonii corpului galben, în stabilirea şi menţinerea sarcinii, asigurînd oului fecundat nutriţia, protejînd nidaţia şi împiedicînd contracţiile uterine, este de necontestat. Dar este şi un alt hormon la fel de indispensabil pentru dezvoltarea sarcinii, foliculina, secretată în cantităţi crescute pe toată perioada sarcinii. Între aceşti doi hormoni — progesteronul şi foliculina — se stabileşte un echilibru necesar unei bune dezvoltări a sarcinii.

Uneori însuşi oul este rău conceput sau are o poziţie anormală, care împiedică dezvoltarea corectă a sarcinii, de exemplu oul fecundat se opreşte la baza uterului sau se fixează în afara lui dînd loc unei sarcini extrauterine ; cea mai frecventă este aceea care se dezvoltă în trompă (vezi capitolul „anatomia organelor genitale"), alteori, foarte rar, oul se fixează în ovar, alteori în cavitatea abdominală.

În anumite cazuri, cu totul excepţionale, tatăl poate fi cauza avorturilor cu repetiţie, prin crearea unui ou de proastă calitate ca urmare a unor spermatozoizi ei înşişi anormali.

Incompatibiltăţile sanguine pot şi ele interveni uneori în producerea unui avort. Ele constau în nepotrivirea sîngelui matern cu cel al copilului şi atunci se poate produce moartea oului şi deci avortul (vezi capitolul Rh).

Care sînt semnele care anunță un avort ?

Avortul nu se produce brusc. Cu cîteva zile înaintea expulzării oului, uneori cu cîteva săptămîni, apar o serie de tulburări, de stări de rău care sînt expresia dezlipirii și compromiterii oului. Aceste semne sînt cu atît mai accentuate cu cît sarcina este mai avansată. Ele sînt următoarele : pierderile de sînge mai mult sau mai puțin abundente, uneori chiar hemoragii violente ; dureri lombare (în șale), apoi contracții uterine care se instalează cîteodată în mod brusc, sub formă de colici, însoțite de pierderi de sînge sau precedîndu-le uneori. Aceste dureri apar ca urmare a contracțiilor uterului care provoacă dezlipirea oului și, după aceea, eliminarea lui. În cazul cînd este vorba de sarcini mari, contracțiile uterine devin ritmice, sînt de intensitate crescută, mai mult dureroase și imită durerile de naștere. În alte situații durerile consecutive contracțiilor uterine pot fi întrerupte de perioade de liniște în care bolnava se simte bine. Succesiunea lor însă, la intervale cît mai scurte, cu dureri tot mai accentuate, anunță că data expulzării oului se apropie.

Un alt semn care indică instalarea avortului este reprezentat de scăderea sau dispariția simptomelor de rău care caracterizează sarcina. Modul instalării, succesiunea acestor semne, ordinea în care ele apar, sînt foarte important de reținut, deoarece acest lucru este valoros în aprecierea acestei etape a bolii. Cunoscînd anumite reguli elementare și respectîndu-le în același timp, foarte multe din fenomenele care anunță instalarea unui avort le putem preveni noi înșine.

Pentru o mai bună apreciere a situației sarcinii se vor practica o serie întreagă de examinări care au menirea să limpezească mai bine natura tulburărilor de care vă plîngeți. Este, bine ca gravida să aibă la ea cîteva supozitoare de Lizadon, cîteva fiole de papaverină, medicamente antiseptice care îi pot folosi în caz de urgență.

Foarte multe femei au avut unul sau mai multe avorturi în antecedente. Adeseori sînt demoralizate și o nouă sarcină reprezintă pentru ele o dublă problemă : pe de o parte a felului cum aceasta se va dezvolta (va putea-o duce oare pînă la vîrsta viabilității fetale ?), iar pe de altă parte dacă lucrurile se vor petrece așa, care va fi starea copilului căruia îi dă naștere ? Nu trebuie să fim prea îngrijorate din acest punct de vedere, dacă ne-am adresat din vreme medicului și dacă sarcina este supravegheată în mod corect.

Nu este mai puțin adevărat că în situația în care avorturile s-au produs, vor fi analizate atît retroactiv cît și cu ocazia chiuretajului uterin și vor fi cercetate, în măsura în care este posibil, cauzele care

au dus la producerea lui. Depistîndu-le ne vor fi de un ajutor prețios, pentru a le putea evita în viitor.

În împrejurări excepționale, nesesizate de semnele care anunță apropierea unui avort sau ignorîndu-le, femeia poate pierde sarcina acasă sau în alt loc în afara spitalului. În această situație trebuie colectate toate produsele eliminate pentru a fi prezentate medicului și supuse unui examen amănunțit.

Sarcina extrauterină

Așa cum spuneam înainte, o dată la 300 de sarcini, aproximativ, ovulul fecundat se oprește în trompă la diferitele ei porțiuni și se dezvoltă aici. Oprirea și grefarea (fixarea) oului în afara uterului este cunoscută sub numele de sarcină extrauterină și se situează de obicei în trompe. Dar în cazuri mai rare poate fi localizată în cavitatea abdominală sau chiar în ovare.

Ea se dezvoltă rar după luna a doua — a treia, dar atunci determină, prin ruperea trompei, o hemoragie care necesită intervenție operatorie de urgență. Deși semnele ei sînt de multe ori înșelătoare și diagnosticul nu este chiar așa de simplu la unele cazuri, totuși ea poate fi bănuită dacă există : o întîrziere de menstruație sau amenoree, pierderi intermitente sau continue de sînge în cantitate mică, de culoare închisă ca zațul de cafea, fără cheaguri, în general neinfluențate de tratament, dureri în partea de jos a abdomenului și uneori în spate și umărul drept, amețeli trecătoare (lipotimii), paloare din cauza anemiei. La instalarea acestui complex simptomatic este obligatoriu consultul cu un medic specialist, pentru că altfel, din neglijență sau necunoaștere, se poate produce ruptura trompei și se poate instala o stare foarte gravă, consecutivă hemoragiei interne. Sarcina extrauterină se înlătură prin operație abdominală, eliminîndu-se în general întreaga trompă afectată.

Placenta jos inserată (praevia) și dezlipirea prematură a placentei

O dată la 200 de sarcini, organul care face legătura între copil și mamă numit placentă, care este de obicei localizată către fundul uterului sau spre părțile laterale, poate fi situată în porțiunea de jos a uterului și o parte din ea poate chiar să acopere orificiul uterin. Acest fel de inserție a placentei se numește „placenta praevia" și este rară la femeile care sînt la prima sarcină. Ea reprezintă o situație

anormală şi se poate manifesta ca atare în ultimele trei luni de sarcină. Pînă atunci semnele ei se confundă cu ale avortului.

Simptomul principal îl reprezintă pierderile de sînge care de obicei apar spontan, fără dureri, dincolo de luna a VII-a. În cazuri cu totul excepţionale poate avea loc o separare prematură a placentei normal situate, separare parţială sau totală înainte de naşterea copilului. Apare mai ales la femei care au născut mulţi copii (peste şase-şapte) şi cam în 40% din cazuri cu hipertensiune, la gravidele cu albumină în urină ; rareori placenta se poate desprinde şi în urma unei lovituri.

Toxemia gravidică (disgravidie tardivă)

Sub această denumire este cuprinsă o stare patologică particulară a sarcinii, care apare în ultimele trei luni ale gravidităţii şi se manifestă prin trei simptome esenţiale : albuminurie, edeme, hipertensiune arterială. Aceste simptome pot fi prezente toate trei sau în combinaţie cîte două sau să fie prezent doar unul singur, izolat. Substanţele albuminoase (carne, ouă, lapte etc.) ajunse în organism sînt supuse actului digestiei şi transformate după aceea într-o serie de substanţe care se elimină ulterior prin urină sub formă de metaboliţi. Aşa se produce albuminuria, adică prezenţa albuminei în urină ; ea denotă o rea funcţionare a rinichilor care nu elimină metaboliţi. Dar dacă ţinem seama de faptul că în timpul gravidităţii femeia creşte în greutate, că aportul alimentar este mărit, mai ales în ultimele luni, aceasta înseamnă că sarcina predispune la asemenea situaţie. De aceea este foarte important să facem în mod regulat analiza urinii pentru a depista urmele de albumină.

În situaţia în care prezenţa albuminei în urină este însoţită şi de creşteri ale tensiunii arteriale, mai ales peste 15—16 tensiune maximă şi de 10—11 tensiune minimă şi de edeme cu umflarea picioarelor, dureri de cap, uneori vîjîituri în ureche sau tulburări de vedere, se realizează un tablou de boală numit toxemie gravidică sau disgravidie tardivă. Dacă aceste simptome se accentuează mai mult sau mai puţin brusc, se poate produce o criză de „eclampsie", afecţiune destul de gravă şi care a dat multe cazuri mortale în urmă cu mai mulţi ani.

Sînt importanţi doi factori principali : pe de o parte însăşi femeia însărcinată trebuie să aibă cunoştinţă de regulile elementare de igienă şi alimentaţie în timpul sarcinii, trebuie să se prezinte la consultaţiile prenatale cu regularitate, să-şi supravegheze în permanenţă greutatea corporală, să-şi controleze periodic tensiunea arte-

rială și să-și facă, la un serviciu specializat, un examen calitativ de urină ; pe de altă parte medicul și personalul auxiliar trebuie să îndrumeze atent viitoarele mame lipsite de cunoștințe, să le depisteze și să ia cuvenitele măsuri chiar de la cele mai mici semne care anunță instalarea toxemiei.

Din cele de mai sus rezultă cîteva obligații pentru femeia gravidă : examenul sistematic al urinii în cursul sarcinii, pentru decelarea albuminuriei trebuie să fie practicat lunar pînă în luna a VI-a de sarcină, la două săptămîni în lunile a VII-a și a VIII-a și săptămînal în ultima lună a sarcinii. Trebuie să fie controlată urina în cazul oricărei boli în timpul sarcinii — gripa, boli infecțioase etc. Examenul urinii este foarte simplu și se poate practica oriunde, materialele necesare existînd în orice dispensar medical rural. Prezența albuminuriei impune evitarea tuturor cauzelor care știm că predispun la albuminurie (frig, umezeală, lipsa unui regim alimentar) ; diminuarea cantității de sare după luna a VII-a : controlul sistematic al tensiunii arteriale : cîntărirea sistematică pentru a urmări creșterea în greutate.

Trebuie să atragem atenția că toxemia apare de obicei la femeile tinere, la prima sarcină, dar este posibil să apară și la sarcinile următoare. Este important de știut și faptul că femeia, cu o boală preexistentă sarcinii, cum ar fi hipertensiunea arterială, eventuale malformații renale, reprezintă un teren propice și pe acest fond se poate dezvolta o toxemie chiar la femeile care nu au mai născut și nici nu sînt la o vîrstă prea tînără.

Prin urmare toxemia poate să apară ca o boală primitivă la o femeie tînără la prima sarcină, fără boli în antecedente și care poate avea un caracter recidivant ; alteori apare pe un fond lezional preexistent la o gravidă care suferă de o boală hipertensivă, o infecție urinară, nefropatie etc.

Moartea fătului în uter

Uneori fătul poate muri cam între a 20-a săptămînă de sarcină și naștere, moartea fiindu-i cauzată de o toxemie, dezlipire prematură de placentă anormal inserată (placenta praevia), malformații congenitale, diabetul mamei etc. Sesizarea o face de cele mai multe ori pacienta prin lipsa mișcărilor fetale în ultimile zile. Medicul va constata lipsa bătăilor inimii fetale, dar nici una din aceste dovezi nu este concludentă. În asemenea situații, medicul va declanșa nașterea.

Principalele semne de alarmă care trebuie aduse la cunoștința medicului de către pacientă informîndu-l prompt despre orice abatere de la normal, sînt următoarele :

— sîngerările vaginale care trebuie semnalate în orice perioadă a sarcinii. Dacă ele apar în primele luni și se manifestă doar ca niște pete de sînge, se poate aștepta pînă dimineața, dar în cazul unei sarcini mari, din al doilea trimestru, medicul trebuie anunțat imediat, chiar și în plină noapte, indiferent de cantitatea de sînge :

— edemațierea feței, ochilor și degetelor este semnificativă, mai ales cînd se instalează brusc ;

— cefaleea puternică, mai ales în a doua jumătate a sarcinii ;

— tulburările de vedere ;

— durerile abdominale puternice atunci cînd sînt persistente, indiferent de localizare și de vîrsta sarcinii ;

— vărsăturile, cînd sînt deosebit de frecvente, survenind într-un timp scurt și cu o serie de semne secundare ;

— temperatura peste 38°, în special cînd acompaniază o infecție respiratorie, o răceală etc. ;

— ruperea membranelor, adică scurgerea lichidului amniotic prin vagin : ea este mai puțin periculoasă pe măsură ce sarcina se apropie de termen ;

— absența mișcărilor fetale timp de 24 de ore, după cea de a 30-a săptămînă de sarcină.

Nașterea înainte de termen (naștere prematură)

În anumite situații, din motive destul de variate care, ca și la avort, privesc mama — cu factorii ei locali, legați de antecedentele genitale sau generale — precum și fătul și anexele sale, nașterea se realizează înainte de termen, dar după termenul de viabilitate a fătului (copii cu o greutate de peste 1 000 g). În general, cînd copilul nou-născut cîntărește sub 2 500 g este considerat prematur (născut înainte de termen). Durata sarcinii (socotind ultima menstruație) nu se ia în considerare, căci ea este foarte greu de stabilit din cauza marii varietăți a ciclului menstrual. De obicei un copil de 2 500 g este născut cam cu patru săptămîni înainte de data normală a nașterii.

Frecvența nașterilor premature se situează aproximativ între 5—10%. Se pare că și condițiile economice și sociale ale femeii ar juca un rol important, fiindcă, pe unele statistici făcute de Organizația Mondială a Sănătății, s-a constatat că din 100 de femei care au născut prematur, numai 20 aveau condiții economice bune, în timp ce 80 de nașteri au survenit la parturientele ale căror condiții de viață erau insuficiente.

În alte cazuri terminarea sarcinii înainte de vreme se produce în toxemie gravidică, placenta jos inserată, separarea prematură a

placentei normal inserate, boli ale mamei însoţite de infecţii mai serioase (pneumonie, gripă, sifilis etc.), precum şi o serie de alte cauze încă necunoscute.

Femeile la prima sarcină, nasc prematur mai frecvent. Examinările făcute după naştere scot în evidenţă uneori unele malformaţii congenitale ale uterului şi colului (uter bicorn sau dublu, uter septat de un ţesut sau o tumoare — fibrom uterin) ; de asemenea, uterele mici, hipoplazice, care nu permit dezvoltarea lor suficientă.

Unele femei tind să nască prematur în mod repetat, în timp ce la altele terminarea sarcinii înaintea celor nouă luni este doar un fenomen izolat. Insuficienţa cervicală, de care am amintit şi la avorturi, reprezintă şi o cauză de naştere prematură.

Semnele principale care anunţă o naştere prematură sînt dominate de durere. Ea se manifestă sub formă de contracţii uterine care survin ca adevărate colici, adică întăriri şi relaxări ale uterului sau de durere localizată în şale dînd o senzaţie de tracţiune. Eventual pot apărea chiar mici pierderi de sînge. La primele manifestări de acest gen gravida trebuie să se prezinte la medic. Oricum, repausul la pat, sedativele, medicamentele care impiedică contracţia uterului, sfaturile dietetice, în ultimă instanţă chiar închiderea orificiului uterin prin operaţia numită cerclaj, ne pot aduce mari servicii în păstrarea sarcinii. Ca şi la avort se pot lua în consideraţie anumite tulburări hormonale, mai ales lipsa de progesteron, hormon care va trebui suplinit în cantităţile necesare. Dar, chiar dacă cu toate precauţiile se dă naştere unui copil prematur, mai ales dacă a depăşit 1 500 g, el are toate şansele să supravieţuiască, să se dezvolte, să înveţe şi să devină un om absolut normal şi util societăţii.

Sarcina gemelară

Este cunoscut faptul că unele femei pot să nască doi sau mai mulţi copii. Cînd totul se desfăşoară normal şi sarcina nu pune probleme deosebite din punct de vedere evolutiv, apare ca firească, mai ales cînd, faţă de socoteala gravidei, abdomenul este mai mare, întrebarea „cîţi copii voi naşte“ ?

În ceea ce priveşte şansa de a naşte gemeni, aceasta depinde de rasă, vîrstă, numărul copiilor concepuţi şi dacă în familia gravidei sau a soţului există cazuri de gemeni. S-a observat că sub vîrsta de 20 de ani şansele sînt mult mai mici decît în grupa de vîrstă 35—40 de ani, cînd ele sînt maxime, iar după 40 de ani şansele sînt din nou scăzute. Paritatea (numărul copiilor pe care îl aveţi deja) are şi ea importanţă ; la a şaptea sarcină, de exemplu, şansa de a naşte gemeni este mai mare — 1/45 faţă de 1/74 cît este la prima naştere.

Există mai multe indicații care ne fac să suspectăm o sarcină gemelară : un uter mult mai mare decît normal pentru vîrsta sarcinii și care continuă să crească în ritm accentuat.

Vom fi siguri că avem de a face cu o sarcină gemelară dacă, în examenul obstetrical, se pot distinge două capete sau două bazine și există două puncte diferite, distincte, unde se poate ausculta inima. Observația poate fi făcută cu ușurință de două persoane diferite care ascultă bătăile celor două inimi ; uneori se poate remarca chiar diferența între numărul de bătăi pe minut ale celor doi feți. Examenul radiologic (radiografia) poate evidenția cele două schelete.

Sarcina prelungită

Spre deosebire de situațiile descrise, în care o sarcină dintr-un motiv sau altul se poate termina înainte de epuizarea celor nouă luni, există împrejurări, mai rare, în care nașterea nu se declanșează la data rezultată din socotelile noastre și ale medicului ca fiind termenul sarcinii. În asemenea cazuri vorbim de o sarcină prelungită. Cauzele depășirii termenului unei sarcini nu sînt întrutotul lămurite și, deci, nici nu am putea enumera fapte precise. Aceasta este datorită faptului că frecvent este vorba de o greșeală în aprecierea vîrstei sarcinii, o imprecizie a stabilirii ultimului ciclu menstrual și, cum spuneam și cu altă ocazie, data ultimei menstruații indicată de pacientă nu trebuie să reprezinte singurul criteriu după care apreciem vîrsta sarcinii. Nu este mai puțin adevărat că și data primelor mișcări fetale poate fi înșelătoare, mai ales pentru mamele neavizate. Așa se face că de multe ori are loc o naștere care, abia după expulzarea fătului, surprinde pe cei care o asistă prin anumite semne, care atestă că acest făt provine dintr-o sarcină care a depășit termenul.

Să nu uităm de posibilitatea unei erori de plus sau minus 10 zile pe care o socotim acceptabilă și abia după aceea să luăm o hotărîre de comun acord cu medicul, pentru a nu risca să se declanșeze nașterea unui făt care în realitate nici nu atinsese termenul.

Planificarea familială

Problemele populației au constituit încă din timpuri îndepărtate o preocupare a conducătorilor de state, a unor filozofi și economiști. Aceste preocupări s-au oglindit de obicei prin măsuri destinate de a stimula sau a limita nașterile.

Astfel, în perioada decadenței Imperiului Roman, conducătorii lui fac eforturi pentru a mări numărul de nașteri. Legislația de stimulare a natalității formulată sub Augustus a rămas în principiu valabilă pînă în zilele noastre.

Organizarea socială și economică a statului grec avea la bază ca entitate socială și administrativă „cetatea“ cu o capacitate de cuprindere redusă, care obliga la o selecție calitativă riguroasă încă de la naștere, concept care a fost formulat în filozofia lui Platon și Aristotel.

Spre sfîrșitul epocii feudale, apare ca o necesitate în economie cererea mărită de brațe de muncă și se naște ideea că „forța unui stat stă în numărul supușilor săi“. Astfel curentul pronatalist prinde teren. În Franța, Colbert organizează un program extins de sporire a populației și de stimulare a nașterilor. Această atenție față de sporul populației se manifestă și la împăratul Napoleon, care după multe războaie purtate cu pierderi mari omenești consideră ca o necesitate imediată stimularea sporului populației. Constituția franceză din 1795 menționează că : „Tații și mamele familiilor cu copii sînt adevărați cetățeni și este just a onora în persoana lor, achitarea contribuției față de natură și societate“.

Sfîrșitul sec. al XVIII-lea și începutul sec. al XIX-lea caracterizate printr-o mare revoluție industrială, provoacă teama unui spor prea mare al populației cu riscul de a rămîne oameni fără posibilitate de încadrare în muncă și în consecință o creștere a șomajului.

Comportamentul demografic al unei colectivități reflectă condițiile sociale, economice și culturale ale societății și cuprinde : totalitatea concepțiilor, părerilor, ideilor, sentimentelor, deprinderilor, moravurilor și manifestărilor oamenilor privind problemele procreației și ale reproducerii.

Este limpede că fenomenele reproducerii umane sînt complexe şi că ele trebuie să fie bine cunoscute şi atent supravegheate.

Există date fundamentale de biologie a reproducerii umane, care permit ca nici o femeie să nu sufere ca urmare a unei sarcini şi naşteri, şi ca nici un copil să nu se piardă.

Pentru aceasta este necesar ca cuplurile să cunoască o serie de noţiuni privind igienizarea reproducerii.

Prin noţiunile de planificare familială eu înţeleg „o igienizare a reproducerii" cu eforturi de a limita avortul, naşterea prematură, eredităţile disgenice şi în general rebuturile reproducerii.

Dacă urmărim evoluţia populaţiei globului după datele cunoscute, aflăm lucruri interesante.

Înainte cu 500 de milioane de ani pe planeta noastră, se pare că omul era o specie rară, de numai cîteva mii sau sute de mii de fiinţe.

La începutul erei noastre se pare că ar fi existat 200—300 milioane de oameni.

După 1600 de ani s-a ajuns la 500 de milioane de oameni.

În 1850, deci după 250 de ani s-a ajuns la un miliard, pentru ca în zilele noastre să se ajungă la 3 miliarde, şi în anul 2000 la 5—8 miliarde.

Situaţia demografică pe glob arată că la sfîrşitul sec. al XX-lea creşterea populaţiei a manifestat pusee fără precedent, populaţia lumii ajungînd de la 2,5 la 4 miliarde în 25 de ani.

Anual procentul de creştere este de 1,8% şi se apreciază că în anul 2000 populaţia globului va fi de 6,2 miliarde. După unele aprecieri este posibil, ca în anul 2500 pămîntul să aibă 12 miliarde de locuitori.

După alte prognoze, populaţia ar creşte pînă la 9 miliarde şi s-ar stabiliza din cauza factorilor economici, ajungîndu-se la următoarele valori :

— în Africa	1,6 miliarde
— în America de Sud	1 miliard
— în Asia	5 miliarde
— în Europa	850 milioane
— în America de Nord	300 milioane

Concepţiile mai importante privind evoluţia populaţiei au fost următoarele :

Eugenia — de la cuvîntul grecesc *Eu* — bun, şi *Genos* — rasă, este ştiinţa de igienă rasială preconizată de Francisc Galton (1822—1911). Scopul principal al acestui concept era de a veghea la dezvoltarea şi conservarea caracterelor favorabile ale speciei şi de a elimina caracterele defavorabile.

Atît caracterele favorabile cît și cele defavorabile sînt ereditare. *Eugenia* vroia să se sprijine pe legile geneticii, preconizînd un progres prin selecție și la început s-a deosebit mult de rasism.

Platon și Karl Pearson au formulat noțiunea de Eugenie. Ambii căutau în primul rînd să justifice pe baze științifice poziția claselor privilegiate. Ei au încercat să susțină că clasele de jos sînt inferioare din punct de vedere genetic. Oamenii josnici au putut susține că rasele albe sînt superioare celor de culoare și că între rasele albe, nordicii sînt superiori.

Eugenia a apărut în scopul atenuării pericolelor și trebuia să rămînă o practică de igienă care să tindă la crearea de generații sănătoase și viguroase. Consultația prenupțială trebuia să ateste integritatea biologică și psihică a antecesorilor.

Datele fundamentale de biologie a reproducerii umane sînt relativ recente :

— în 1672 Regnier de Graaf a descoperit ovulul ;

— în 1682 Leuwenhock a descoperit spermatozoidul ;

— în 1929 Butenad a descoperit estrogenii ;

— în 1929 Mabion a descoperit progesteronul.

Încercări sporadice de a dirija reproducerea umană în primele decenii ale secolului nostru au fost fără rezultat, astfel :

— în 1919 Margaret Sangher a fost judecată în America pentru că a organizat un serviciu pentru controlul nașterilor, care recomanda distanțarea și limitarea nașterilor.

În prezent în lume există două concepții :

— una care tinde la limitarea nașterilor și

— a doua care recomandă reproducerea umană în raport cu dezvoltarea socială și economică a colectivității.

Conferința O.N.U. din 1974, ținută la București, a recomandat că „toate cuplurile și toți indivizii au dreptul fundamental de a hotărî liberi și cu toată responsabilitatea, asupra numărului de copii și asupra spațiului dintre nașteri, dar mai au dreptul de a fi suficient de instruiți și informați privind aceste chestiuni și de a beneficia de servicii adecvate".

După al doilea război mondial, au apărut în lume organe și organisme ca :

— Anglia — Federația Internațională de Dirijare a Familiei.

— U.R.S.S. — Institutul pentru Dezvoltarea Copilului și Omului.

— America — Asociația pentru Planificarea Familiară.

Prin măsurile de planificare familiară, de igienizare a reproducerii, noi înțelegem efortul de a limita avortul și urmările lui, nașterea prematură și în general riscurile reproducerii.

Pentru ca să realizăm aceste obiective este necesar să avem un concept profilactic care după experienţa noastră trebuie să cuprindă :

— supravegherea fetiţei în dezvoltare şi a corectării dificultăţilor peripuberale ;

— educaţia sanitară şi genitală a tînărului postpuberal şi a adolescentului, la care trebuie să contribuie şcoala şi familia ;

— consultaţia prenupţială este o împrejurare pe care dacă o folosim judicios trebuie să ne facem o imagine asupra stării de sănătate a cuplului, asupra cunoştinţelor de igienă genitală şi de reproducere ;

— planificarea familiară trebuie să cuprindă ansamblul de măsuri pe care un cuplu le ia cînd doreşte un descendent, şi care sînt importante pentru ambii parteneri. Un copil este o fiinţă care va lua naştere din cele două celule sexuale ale bărbatului şi femeii. Pentru ca aceste celule să fie sănătoase este necesar în primul rînd o stare de sănătate bună a bărbatului şi a femeii. A procrea un copil în stare de epuizare fizică, de intoxicaţie cu alcool, este un lucru riscant, de care trebuie să ne ferim. Un copil trebuie să vină pe lume atunci cînd sîntem pregătiţi să-l aşteptăm ;

— mijloacele de planificare familiară, de disputare sau de evitare a sarcinilor, sînt necesare în viaţa unui cuplu. Atunci cînd un cuplu aşteaptă sau doreşte un copil trebuie să aibă pregătit cadrul material şi social pentru a-l creşte şi educa. În perioada de activitate genitală, care se întinde de la pubertate pînă la menopauză, intervin situaţii în care este necesar ca femeia să evite o sarcină, pentru că are un copil mic pe care îl creşte, pentru că femeia suferă de o afecţiune care s-ar agrava printr-o nouă sarcină, pentru că probleme sociale şi profesionale nu-i permit acest lucru.

În această situaţie femeia trebuie să primească îndrumări de la un serviciu competent de consultaţii preconcepţionale.

Planificarea familiară trebuie să cuprindă ansamblul de măsuri pe care să le ia un cuplu, atunci cînd doreşte un descendent, măsuri care sînt importante pentru ambii parteneri.

Mijloacele de planificare familiară trebuie folosite şi socotite ca mijloace pe care să le cunoască fiecare cuplu şi să le folosească în scopul limitării riscurilor şi rebuturilor reproducerii.

Pentru ţara noastră nu se pune problema unei suprapopulaţii, avînd o natalitate bună şi un excedent natural pozitiv.

Pentru noi este important să limităm riscurile reproducerii, să scădem rebuturile sub forma avortului, naşterii premature, mortinatalitatea şi ereditățile disgenice.

Limitarea acestor riscuri se poate obţine numai printr-o planificare familiară, care incumbă o culturalizare sanitară şi genitală, ţinînd cont de datele de biologie a reproducerii cunoscute.

Această culturalizare şi orientare a cuplurilor trebuie făcută la adolescenţi şi prenupţial.

Să ne străduim ca perechile de oameni în faţa căsătoriei să fie mai bine informaţi pentru a fi în măsură să limiteze riscurile.

Profilaxia accidentelor reproducerii

În sînul oricărei populaţii au loc o serie de fenomene demografice, care modifică în permanenţă numărul şi structura sa. Reproducerea populaţiei, adică înlocuirea generaţiilor care mor cu generaţiile care se nasc, se produce datorită unor fenomene biologice cu un puternic fundament social, ca de exemplu : nupţialitatea, fertilitatea, divorţialitatea, natalitatea, mortalitatea etc. Interdependenţa şi reciprocitatea dintre aceste fenomene biologice este atît de strînsă, încît cercetătorul comportamentului demografic al unei colectivităţi nu va putea înţelege în toată complexitatea lui fenomenul, dacă nu-l va privi în înlănţuirea lui. Din acest ansamblu, fără îndoială că natalitatea este elementul cel mai dinamic. Obstetricianul, prin educaţia şi preocupările zilnice, are de obicei, în vedere natalitatea.

Reproducerea umană în zilele noastre se face cu un procent mare de risc, fetal şi matern, reprezentat prin : inapţi mintali, schizofrenici 4%; subiecţi cu dificultăţi de adaptare psiho-sociale 8%, mortalitate 2%; mortalitate infantilă precoce 3%; imaturitate în jur de 10%. Avortul spontan a devenit în majoritatea ţărilor o problemă importantă social-demografică şi de sănătate publică. Dacă se adaugă şi avorturile provocate şi cele accidentale, indicatorul întreruperilor de sarcină se apropie, în general, în ţările dezvoltate la 1 000‰, adică o întrerupere de sarcină de fiecare născut viu. Mortalitatea maternă constituie şi ea un risc al reproducerii. Datorită progreselor realizate în medicină şi creşterii nivelului de trai al populaţiei, ea a scăzut de la 5‰ în 1900, la aproximativ 0,50—0,80‰ în 1970. Putem afirma că mortalitatea maternă constituie un test al valorii obstetricii exercitată în fiecare ţară. Ea scade în funcţie de cunoştinţele de specialitate, de calificarea şi instalaţiile spitaliceşti, de educaţia publicului.

În şirul accidentelor de reproducere, se cuvine a acorda atenţie şi sterilităţii. Se apreciază că 10—12% din totalul căsniciilor nu pot

avea copii, sau au un număr de copii mai mic decît cel dorit. Un contingent important al acestora se recrutează dintre femeile cu ginecopatii ignorate sau survenite după avorturi provocate. Sterilitatea voită, ca metodă de dirijare a planificării familiei, influențează în mod substanțial asupra reproducerii. Estimarea ei este dificilă în epoca noastră cu o dezvoltare uimitoare a contraceptivelor.

Pentru obstetrician, genetica prezintă un interes deosebit, dată fiind lista mare a bolilor congenitale. În studiul actual al dezvoltării geneticii, folosul practic în genetica umană este sfatul sau consultația genetică. Înființarea unor cabinete cu acest scop reprezintă un aport în profilaxia accidentelor de reproducere. Din nefericire chiar și aceste sfaturi se pot da în general numai după „faptul împlinit". Profilaxia accidentelor de reproducere nu poate fi realizată decît în cadrul unei acțiuni cu orizont extins. Credem cu convingere că în toate etapele evolutive ale femeii trebuie apreciat fondul biologic al subiectului cu gradul lui de uzură, factorii sociali și cei psihoafectivi pentru a avea o imagine cît mai completă a posibilităților sale de integrare și situare în sensul și cadrul social complex.

Conținutul nou — lărgit prin care trebuie privită reproducerea impune obstetricianului ginecolog studierea și supravegherea adolescentei. Pentru ginecologul obstetrician, adolescenta de azi este femeia tînără care se va reproduce mîine, care trebuie să se reproducă la momentul cel mai favorabil pentru ca, cu riscuri cît mai puține, să dea naștere la descendenți cu valoare biologică mai mare. Profilaxia accidentelor de reproducere este eficientă numai acordîndu-se un conținut corect ocrotirii prenatale, celei preconcepționale și supravegherii dezvoltării peripuberale.

Observația clinică arată că reproducerea la adolescente se desfășoară de multe ori defectuos ca urmare, de cele mai multe ori a unei sexualități precoce, practicată de subiecți fără cunoștințe elementare de igienă genitală și sexuală. Studiile făcute de O.M.S. pe regiuni întinse, demonstrează convingător, că reproducerea trebuie să înceapă pentru femei după 20 ani și că cea mai favorabilă este de 20—30 ani. „Maturizarea sexuală trebuie să aducă pe cea social-profesională și apoi să urmeze reproducerea" (N. Mărgineanu). În scopul profilaxiei accidentelor de reproducere credem că problemele legate de sexualitatea adolescentului, oricît ar fi de delicate, vor trebui abordate și nu ocolite cu o falsă pudoare.

În acest sens, considerăm că examenul prenupțial se impune a avea un conținut mai bogat. Examenul prenupțial efectuat într-un cabinet de sfaturi genetice se înscrie în măsurile profilactice impo-

triva denaturării speciei umane, a zestrei sale ereditare. Alegerea partenerului la încheierea căsătoriei este prea des lăsată pe seama întîmplării. Astfel o persoană purtătoare de infirmități își alege un partener cu aceleași defecte (asortative-mating) influențînd în mod dezavantajos urmașii. Igiena mintală trebuie să înceapă prenatal, prin cercetarea anomaliilor genetice la tinerii candidați la căsătorie, depistarea eventuală a unor anomalii metabolice, luarea de măsuri profilactice privind conduita de viață și conduita concepției.

Omenirea poate evita degradarea progresivă a zestrei sale ereditare numai printr-o igienă genetică conștientă. În felul acesta, pe calea unor preocupări de urgențe care pot fi gîndite și aplicate numai de pe poziția unui înalt umanism, ne apropiem de etapa posibilității unei intervenții cu caracter social de masă asupra natalității în scopul îmbunătățirii însușirilor produsului de concepție. Practicată cu inteligență, igienizarea reproducerii poate fi binefăcătoare, în sensul promovării unor descendenți sănătoși și viguroși. Vor trebui găsite mijloace și metode de a lua în evidență gravidele de la începutul sarcinii. Acest deziderat se poate realiza printr-o culturalizare susținută sau prin avantaje materiale. Pentru o bună dispensarizare a femeii gravide, se impune să colaboreze, cu o înaltă tehnicitate, organele medico-sanitare din teren, avînd sprijinul specialistului, care pe baza unui examen clinic complex vor stabili potențialul biologic și principalele constante cu care femeia își începe sarcina. Cunoașterea modului de trai și a condițiilor de muncă ale gravidei și mai ales influența lor, va avea un rol important în evoluția sarcinii. Educația sanitară a femeilor, în special a celor gravide, este necesară pentru garantarea succesului în profilaxia accidentelor de reproducere.

Căsătoria și divorțul au o importanță deosebită din punctul de vedere al natalității, deoarece marea majoritate a copiilor se nasc, trebuie să se nască, în familii. Durata perioadei de conviețuire între cei doi soți se reflectă asupra apariției copiilor și chiar asupra numărului lor. Existența unui număr crescut de divorțuri înseamnă reducerea anilor de conviețuire a cuplurilor și în consecință favorizarea unui număr mai redus de nașteri. Vîrsta partenerilor la căsătorie are o mare importanță în evoluția fertilității. Încadrarea femeii în cîmpul muncii, creșterea rolului ei în viața spirituală și materială a societății, determină o căsătorie mai tardivă și creșterea intervalului între sarcini. Industrializarea, urbanizarea, mobilitatea spațială cît și cea socială determină amînarea vîrstei la căsătorie. Deplasările unei importante părți a populației de la sat la oraș în condițiile industrializării, sînt legate de un efort de adaptare la lumea urbană și limitează fertilitatea.

Factorii economici sînt determinanți în dezvoltarea tuturor fenomenelor sociale, inclusiv a celor demografice. Aceasta nu înseamnă însă că factorii economici determină în exclusivitate fenomenele demografice, ci că sînt hotărîtori „în ultimă instanță" în ansamblul condițiilor care influențează structura și mișcarea populației. Un rol important în evoluția fenomenelor populației îl au factorii culturali, care fiind produși ai anumitor condiții social economice, se reflectă în psihologia și comportamentul oamenilor în problema procreației. Nivelul de civilizație și cultură au o influență însemnată asupra psihologiei individului și familiei în privința căsătoriei, divorțului și natalității. Nivelul de instruire, religia ș.a. pot contribui la modificarea unor indici ai natalității și fertilității. O expresie semnificativă a nivelului de civilizație și cultură a unei populații o reprezintă rolul și poziția femeii în societate. Dar femeile salariate sînt nevoite să presteze și o muncă în gospodărie. Indiscutabil acest aspect influențează fertilitatea ei. Un factor important ce influențează natalitatea îl constituie și relațiile dintre soți. Stări afective, teama de naștere, acțiunile prevenirii ei, starea sănătății, o anumită psihologie a unuia dintre cei doi parteneri ș.a., nu sînt străine de un anumit comportament demografic.

În sfîrșit, în ansamblul factorilor enumerați, un loc important aparține concepției partenerilor despre dimensiunile familiei ideale. În literatura de specialitate se vorbește de copii „planificați", copii „doriți", copii „acceptați", „număr ideal de copii". Concepția asupra familiei ideale diferă nu numai în timp și spațiu, dar chiar și la aceleași persoane în cursul vieții (înainte și după căsătorie, după primul copil, după un anumit eveniment special sau personal etc.). Întreaga cultură în sensul ansamblului de bunuri materiale și culturale ale unei anumite societăți se reflectă în psihologia socială privind poziția față de relațiile dintre sexe, față de procreație și reproducere.

Ansamblul metodelor de promovare a unei natalități crescute se înscriu în acțiunea de profilaxie a accidentelor de reproducere. Ele pot fi grupate pe cinci probleme principale : educația tineretului, stimularea natalității, consolidarea familiei, promovarea femeii, ocrotirea mamei și copilului.

Însușirea de către adolescenți a unei concepții sănătoase despre viață, căsnicie, despre frumusețea sentimentelor omenești de dragoste, prietenie, despre responsabilitatea lor față de semeni, trebuie să fie o preocupare a întregii societăți căreia îi revine o mare răspundere pentru gîndirea și faptele generației de mîine.

În cadrul general al acțiunii menite a redresa natalitatea un loc important îl ocupă propaganda în favoarea nașterilor și educația

sanitară. Populația tînără a țării noastre trebuie lămurită asupra responsabilității cetățenești în ceea ce privește viitorul națiunii române.

Consolidarea familiei are o legătură strînsă cu modul în care au fost educați partenerii în adolescență. O educație maritală nu poate să se bazeze pe alte elemente decît cele pe care le răspîndește în general educația tinerilor. Legislația țării noastre privind combaterea ușurinței de desfacere a căsătoriei asigură o stabilitate crescută a familiei. Educarea tinerilor căsătoriți, inclusiv sfaturile și îndrumările prenupțiale, precum și influențarea modului de alegere a partenerilor, trebuie să constituie o preocupare organizată a societății.

Promovarea femeii prezintă o complexitate de aspecte care pot influența considerabil căsătoria, rolul și situația femeii, fertilitatea ei. Dar alegerea mijloacelor pentru lărgirea domeniilor de activitate a femeii, care are și importante obligații ca să fie și mamă, implică o selecție atentă, ca nu cumva noile sarcini sociale, în condițiile insuficienței ei eliberări în munca casnică și de îngrijire a copiilor să aducă prejudicii comportamentului demografic și fertilității. Tot astfel, ocrotirea mamei și copilului este concretizată în numeroase măsuri, aplicate la scară largă. Toate aceste condiții contribuie în felul lor la asigurarea unei fertilității crescute.

Creșterea natalității și întărirea familiei reprezintă laturi importante ale politicii de stat. Ele incumbă însă și răspunderea fiecărui cetățean față de societate, față de destinul națiunii.

Medicul are, la toate nivelele, o răspundere deosebit de mare.

REDACTOR — DR. M. ȚUNDREA

COLI TIPAR — 12
BUN DE TIPAR LA 1.09.1983

TIPĂRIT SUB COMANDA NR. 30 284
LA COMBINATUL POLIGRAFIC „CASA SCÎNTEII"
BUCUREȘTI, PIAȚA SCÎNTEII NR. 1
REPUBLICA SOCIALISTĂ ROMÂNIA